

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**“ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y
LA SALUD BUCAL EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
DE SALUD MONTENEGRO SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA
2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO - DENTISTA**

**PRESENTADO POR LA:
BACHILLER IRENE ESTÉFANY MOROTE ALCÁNTARA**

**ASESORA:
DS. Esp. CD. Anita Kori Aguirre Morales**

**LIMA - PERÚ
2020**

DEDICATORIA

A mis padres, por darme la vida.

A los Docentes, que creyeron en mí y me brindaron sus conocimientos con la mayor voluntad.

A mi madre, que con todo su amor estuvo a mi lado en todo momento y me ayudó a culminar la carrera de manera satisfactoria.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Anita Cori por su apoyo y por permitirme ejecutar la tesis en mi casa de estudios, la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

A la Dra. Yohana Villa Torres por brindarme su valioso tiempo y voluntad en apoyarme en mis dudas y dificultades durante el desarrollo de mi tesis.

A todos los Docentes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por la enseñanza impartida que fue la base para la elaboración de la investigación.

A todo el personal que de una forma u otra contribuyeron con la elaboración de la presente tesis.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
N°01 Asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.	45
N°02 Asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia.	47
N°03 Factores socioeconómicos prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.	48
N°04 Índice de higiene oral en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.	50
N°05 Frecuencia de experiencias de caries en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.	52

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
N°01 Asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.	46
N°02 Factores socioeconómicos prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.	49
N°03 Índice de higiene oral en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.	51
N°04 Frecuencia de experiencias de caries en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.	53

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Tablas	iv
Índice de Figuras	v
Índice	vi
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
 CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Asociación de los Factores Socioeconómicos	1
1.1.1.1 Factor Social	3
1.1.1.2 Factor Económico	4
1.1.2 Salud Bucal	5
1.1.2.1 Importancia de la salud bucal	5
1.1.3 Higiene Bucal	6
1.1.3.1 Control mecánico de placa	7
1.1.3.2 Control de placa interdental	7
1.1.3.3 Materiales de higiene dental	7
1.1.4 Caries Dental	10
1.1.4.1 Definición	10
1.1.4.2 Importancia	10
1.1.4.3 Estadística	11
1.1.4.4 Etiología	11
1.1.4.5 Inicio y progresión de las lesiones cariosas	13
1.1.4.6 Detección clínica visual para la detección de lesiones cariosas	15

1.1.4.7 Otra clasificación de caries dentales	16
1.2 Investigaciones	18
1.3 Marco Conceptual	29

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	30
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	30
2.1.2 Definición del Problema	33
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	33
2.2.1 Finalidad	33
2.2.2 Objetivo General y Específicos	34
2.2.3 Delimitación del Estudio	34
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	35
2.3 Hipótesis y Variables	36
2.3.1 Hipótesis Principal y Específicas	36
2.3.2 Variable e Indicadores	36

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra	38
3.1.1 Población	38
3.1.2 Muestra	38
3.2 Diseño utilizado en el estudio	40
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	41
3.4 Procesamiento de datos	43

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de los Resultados	44
4.2 Contrastación de Hipótesis	54
4.3 Discusión de los Resultados	57

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones 59

5.2 Recomendaciones 60

BIBLIOGRAFÍA 61

ANEXOS 66

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar cuál es la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019. El diseño metodológico que se utilizó en el presente estudio fue descriptivo; el tipo de investigación fue transversal, observacional y prospectiva con un enfoque cuantitativo. Para la ejecución del estudio se utilizó una muestra compuesta por 107 niños de 5 a 8 años que asistieron a sus controles en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019, esas muestras fueron seleccionadas por ecuación estadística para proporciones poblacionales. El procesamiento de datos fue con el programa Excel y el procesamiento estadístico SPSS versión 20.0, factores sociales (desagüe) y experiencia de caries, se apreció que el valor de X^2 fue de 2.377 y el nivel de significancia fue $p > 0.05$, factores sociales (desagüe) e IHO, se apreció que el valor de X^2 fue de 0.885 y nivel de significancia fue $p > 0.05$; respecto a factores sociales (tipo de seguro) y experiencia de caries, se apreció que el valor de X^2 fue de 0.316 y el nivel de significancia fue $p > 0.05$, factores sociales (tipo de seguro) e IHO, se apreció que el valor de X^2 fue de 25.342 y nivel de significancia fue $p < 0.05$; en referencia a factores económicos (trabajo) y experiencia de caries, se apreció que el valor de X^2 fue de 15.588 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$, factores económicos (trabajo) e IHO, se apreció que el valor de X^2 fue de 23.418 y nivel de significancia fue $p < 0.05$; en referencia a factores económicos (ingresos) y experiencia de caries, se apreció que el valor de X^2 fue de 1.659 y el nivel de significancia fue $p > 0.05$, factores económicos (ingresos) e IHO, se apreció que el valor de X^2 fue de 1.174 y nivel de significancia fue $p > 0.05$. Se concluyó que no existe asociación entre todos los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

Palabras Clave: Factor Social, Factor Económico, Salud Bucal, Higiene Bucal, Caries Dental.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the association between socioeconomic factors and oral health in children attended at the Montenegro San Juan de Lurigancho Health Center, Lima 2019. The methodological design used in this study was descriptive; the type of research was cross-sectional, observational and prospective with a quantitative approach. For the execution of the study it was with a sample composed of 107 children from 5 to 8 years old who attended their controls at the Montenegro San Juan de Lurigancho Health Center, Lima 2019, the samples were selected by statistical equation for population proportions. The data processing was with the Excel program and the statistical processing SPSS version 20.0, social factors (drain) and caries experience, it was appreciated that the value of X^2 was 2,377 and the level of significance was $p > 0.05$, social factors (drain) and IHO, it was appreciated that the value of X^2 was 0.885 and level of significance was $p > 0.05$; regarding social factors (type of insurance) and caries experience, it was appreciated that the value of X^2 was 0.316 and the level of significance was $p > 0.05$, social factors (type of insurance) and IHO, it was appreciated that the value of X^2 it was 25,342 and the level of significance was $p < 0.05$; In reference to economic factors (work) and caries experience, it was appreciated that the value of X^2 is 15,588 and the level of significance was $p < 0.05$, economic factors (work) and IHO, it was appreciated that the value of X^2 was 23,418 and significance level was $p < 0.05$; In reference to economic factors (income) and caries experience, it was appreciated that the value of X^2 was 1,659 and the level of significance was $p > 0.05$, economic factors (income) and IHO, it was appreciated that the value of X^2 was 1,174 and significance level was $p > 0.05$. It was concluded that there was no association between all socioeconomic factors and oral health in children attended at the Montenegro San Juan de Lurigancho Health Center, Lima 2019.

Keywords: Social Factor, Economic Factor, Oral Health, Oral Hygiene, Dental Caries.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS presenta el concepto de salud bucal como el estado ausente de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatía, enfermedad de caries dental, pérdida de piezas dental, enfermedades y diferentes trastornos que no permiten morder, masticar, sonreír y hablar, así como también su bienestar psicosocial. El desarrollo de diferentes estudios frente a la salud bucal se han realizado con los indicadores denominados factores sociales y económicos, los cuales son involucrados en muchas investigaciones observado diferentes resultados en cada estrato.¹ La falta de servicio odontológico en las zonas de bajos recursos económicos y sociales; afectados de una manera abismal y representados en muchos de los resultados de investigaciones con los mismos objetivos.²

Los factores económicos y sociales se verán afectados; el motivo principal, la falta de servicios odontológicos dirigido a toda la población del país, el estado tiene la obligación de brindar los servicios de salud dental dirigido a todos los estratos socioeconómicos por igual; sin embargo, diferentes poblaciones de pobreza extrema no están recibiendo el mismo apoyo; no todos los países incluyen la atención en salud en las zonas más pobres, por lo que se ven afectados en su gran mayoría; no debe haber diferencia en los estratos sociales, de esta manera no afectaría a los pobladores más vulnerables.³

La investigación aplicó una encuesta sobre factores socioeconómicos en los padres de familia, a su vez se examinó la salud bucal de sus niños de 5 a 8 años de edad para determinar cuál fue la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019. Los padres de familia aceptaron participar en la investigación, mediante el consentimiento informado. Unos de los obstáculos del desarrollo del estudio fue el temor que mostraban los padres en cuanto al contacto con el niño, a su vez el niño mostró temor frente a los instrumentos dentales, información tal, refiere el poca experiencia y contacto que haya tenido con el odontólogo mediante alguna atención en el consultorio.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

1.1.1 Asociación de los factores socioeconómicos

El desarrollo de diferentes estudios en una población de poca calidad de vida ha visto la necesidad de utilizar información principalmente de los factores sociales y económicos. La epidemiología bucal utiliza el factor social y económico por ser de rol importante en la población. Los estudios se realizan de manera individual o grupal. Al referir los indicadores de la investigación como el factor social y económico, se debe relacionar con las etapas de vida del ser humano. Al considerar el factor socioeconómico, se brindará la respuesta de salud según la característica mencionada. En la aplicación de las investigaciones, se considera el factor socioeconómico como principal variante, por ello la necesidad de ser utilizadas.¹

La salud esta relacionada con la posición económica de la persona, cada investigación realizada denota la diferencia entre los estratos con un efecto negativo específicamente en la población de menor ingreso económico. En muchos casos las investigaciones refieren a la prestación de servicio referente a la morbilidad y mortalidad según su estado socioeconómico. Al observar los resultados de la investigación se mostraron negativos debido a que el factor socioeconómico, el cual se consideró dentro de los estudios en la cobertura de servicio odontológico. La falta de acceso al servicio mencionado en la población de nivel bajo del factor socioeconómico afecta enormemente a la población pero el interés en salud y la información sobre esta también la facilita el centro de salud hacia las personas con bajos recursos observadas dentro de mi investigación. ²

La odontología pretende identificar a los indicadores que varían la afección en la población sobre todo en quienes no cuenten con los servicios de salud bucal y la falta de asistencia al dentista o falta de tratamiento de restauración dental; la realidad es que el motivo principal de asistencia al consultorio dental es el dolor. Es por ello que la creación de programas y capacitaciones a toda la población sin ninguna excepción disminuye la diferencia socioeconómica con el objetivo de brindar apoyo a la salud bucal a toda la población.²

La realidad de la población esta en base a la organización del estado y el sistema de salud que se brinda a cada persona, el factor socioeconómico termina de marcar la diferencia y muestra resultados de negatividad en sus pobladores donde el nivel económico es más bajo. No en todos los países se pone en prioridad la salud bucal de la población, por lo que se ve afectado en su gran mayoría, pues no debe haber diferencia en los estratos sociales, de esta manera no afectará a los pobladores más vulnerables.³

1.1.1.1 Factor social

- **Vivienda y acceso a servicios básicos**

Mediante el Instituto Nacional de Estadística e Informática se ha plasmado un informe técnico del estado de la niñez y adolescencia indicando a los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2013, mencionado informe considera los siguientes ítems: salud, educación, actividades económicas y cobertura de programas sociales.⁴

Cada hogar tiene una persona menor de 18 años como mínimo en el 52.5% de las casas, disminuido el 0.5% en Lima y 2.9% en áreas rurales, en base al estudio anterior. Este resultado fue brindado mediante un estudio en los meses de enero, febrero y marzo del año 2019.⁴

- **Tenencia segura de vivienda**

En la actualidad al menos una persona menor de 18 años vive en casa propia con un 69%, casa alquilada en 31% aumentado del último estudio en un 4.2 puntos en Lima y 2.7 en áreas rurales.⁴

- **Material predominante de las paredes**

Los hogares de los niños predominan con paredes de ladrillos en un 56%; niños con hogares de adobe, quincha, piedra, tapia, barro con 29%; niños con hogares de madera, caña, estera, calamina con 15%.⁴

Los hogares donde habitan menores de 18 años que cuentan con servicio de agua pública son de 88%; en los hogares donde habitan personas menores de 18 años y presentan desagüe o pozo séptico es de 79%; y el 96% de hogares presentan energía eléctrica en sus hogares. Del 2018 a 2019 la energía eléctrica aumentó en un 0.5.⁴

- **Tipo de problema salud**

Observando a Niños y adolescentes, se encontró en el año 2019, niños que sufrieron algún síntoma y malestar fueron de 27%; niños que han sufrido alguna enfermedad o accidente han sido un 22%. Aumentó en un 2.4 en el área rural y en Lima disminuyó con 5.1 a diferencia del año 2019. La población menor de 18 años ha padecido problemas de salud en un 42%. Además en Lima, los problemas de salud en personas menores de edad fueron de 44%, y en rural 42%.⁴

1.1.1.2 Factor Económico

- **El Factor Económico en el Perú**

En cuanto a la educación de las personas menores de edad va en incremento según el INEI en el nivel primario, secundario y universitario en un 5.8% en el último año.⁵

El nivel educativo ha mejorado el nivel laboral, donde la tasa de crecimiento promedio anual de educación superior universitaria aumentó en 4% del 2007 al 2017. La población ha crecido 3 % económicamente activa.⁵

En zonas rurales la población con educación superior aumentó 2.1%; no universitaria 2%; educación secundaria 0.3% y en educación primaria en una tasa negativa de -2.1%.⁵

La característica de la PEA (Población Económicamente Activa) en el año 2017, en la zona urbana en diferencia a 2016 se observó el crecimiento en niveles de educación en un 3.5%.⁵

- **Tasa de Actividad**
- **Población Económicamente Inactiva (PEI)**

La denominación PEI (Población Económicamente Inactiva), compuesto por jubilados, amas de casa, estudiantes, personas con discapacidad; están representados por el 34% de la población, el cual incrementó en 0.9% mejorando en su porcentaje. ⁵

1.1.2 Salud bucal

El concepto de salud es un concepto que siempre está evolucionando por sus características siendo estas: la calidad de vida psicológica, biológica y social. La salud bucal menciona la protección del organismo y cumple funciones como masticación y deglución. La autoestima esta también afectada frente a la salud bucal por estado armónico de las piezas dentales y funcionamiento normal de los dientes, si no hay salud bucal, esta puede verse afectada no solo por la parte estética si no también funcional y por confortabilidad, en conclusión la calidad de vida se ve afectada por la salud bucal. ⁶

No solo los dientes están comprometidos a la Salud bucal sino también a la boca por completo también llamado aparato estomatognático, el cual abarca a la garganta, lengua, músculos para masticar, tejido periodontal, labios, paladar duro y blando, glándulas salivares y mandíbula. ⁷

1.1.2.1. Importancia de la Salud Bucal

La OMS presenta el concepto de salud bucal como el estado ausente de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatía, enfermedad de caries dental, pérdida de piezas dental, enfermedades y diferentes trastornos

que no permiten morder, masticar, sonreír y hablar, así como también su bienestar psicosocial.⁸

La caries dental afecta el 90.7%, continuando por la enfermedad periodontal con un 85% finalizando por maloclusión con un 80 %.⁹

El impacto de la salud bucal en la población se presenta en términos de malestar, dolor, discapacidad social y funcional.¹⁰

1.1.3 Higiene Bucal

La higiene bucal indica un grupo de conocimientos y técnicas para la población como control para evitar efectos negativos dando apertura a alguna enfermedad, utilizando aseo, limpieza y cuidado sobre el cuerpo, se deberá utilizar buenos instrumentos para realizar la higiene como: cepillo, hilo dental y colutorios con el tiempo necesario de dedicación para que cumpla bien su función. Al cuidar las piezas dentales se presenta un efecto positivo a todo el organismo, sobre todo al aparato digestivo, por triturar muy bien los alimentos. Al no presentar piezas dentales, tendrá un efecto negativo en la salud general.¹¹

La boca presenta diferentes bacterias que son de hábitat natural y es importante para la salud bucal. El ecosistema de la cavidad bucal formado por el biofilm oral, la cual evita la entrada de otras bacterias y se alojan en las estructuras de la boca.¹²

Una mala higiene aumenta la cantidad de bacterias en la boca junto a los restos alimenticios provocando: edema, eritema, sangrado. La falta de higiene provoca la alteración de las estructuras periodontales y estomatológicas. Por mencionadas alteraciones se deberá asistir al dentista para tratar la enfermedad por no realizar una buena higiene bucal.^{13, 14.}

1.1.3.1 Control mecánico de placa

La higiene bucal controla la placa dental para mantener la salud bucal y mejor si contamos con las herramientas necesarias, y de la misma manera con un uso adecuado del cepillo con el hilo dental. El cepillado ayuda en las caras vestibulares, palatinas y linguales; sin embargo el cepillo no cumple la función de higiene interdental.¹²

1.1.3.2 Control de placa interdental

Con el pasar del tiempo el diseño de los cepillos dentales han mejorado, pero aun así las caras proximales de las piezas dentales son las más difíciles para esta herramienta. Como mencionamos las áreas proximales son las más difíciles, estas zonas generalmente desarrollan la enfermedad de gingivitis o periodontitis y con mayor incidencia la caries dental. Para la mejor higiene en la zona interproximal se cuenta con el hilo dental y palillos interdenciales.¹²

1.1.3.3 Materiales de higiene dental

- Hilo o cinta dental

El uso de hilo dental es sencillo de utilizar, hay técnicas de uso, además no necesita de destreza. Se debe enrollar 50 cm en el dedo medio de ambas manos tirando, templando e introduciendo entre los dientes suavemente.¹²

- Cepillos interdenciales

Es un fino alambre envuelto de fibras blandas de nylon diseñado especialmente para limpiar la zona interproximal en los dientes. Tiene forma cilíndrica y cónica.¹²

- **Palillos interdentes**

En la antigüedad se usaba los mondadientes de madera para eliminar los restos alimenticios en la zona interdental. Los mondadientes están diseñados de madera que se adapta a la zona interdental. Siendo este instrumento efectivo.¹²

- **Limpiadores o raspadores de lengua**

Los limpiadores de lengua son herramientas de plástico para la higiene lingual para retirar la placa bacteriana. La lengua tiene una superficie de gran reservorio de bacterias y alimentos que si no se realiza la limpieza desarrollará halitosis. El instrumento raspador de lengua ayuda a disminuir la suciedad de la boca y previene la halitosis.¹²

- **Colutorios con acción antimicrobiana**

• **Clorhexidina**

Un antimicrobiano compuesto por digluconato de clorhexidina, utilizado en el campo de la odontología. Su amplio espectro elimina: hongos, virus, bacterias, grampositivas y gramnegativas.¹²

• **Xilitol**

Solución anticariogénica caracterizada como polialcoholes, el cual reduce las cantidades de bacterias, y reduce la placa bacteriana, en productos como goma de mascar que reduce el nivel de estreptococos y disminuya el contagio de caries dental.¹²

- **Dentífricos con acción antimicrobiana**

Diferentes agentes antimicrobianos con fórmula de crema dental, que causa efecto a bacterias grampositivas y gramnegativas cándida esporas y bacterias anaeróbicas estrictas.¹²

- **Cepillo dental**

El cepillo dental es uno de los instrumentos más importantes en la higiene dental con la que se controla la placa bacteriana supra e infragingival, en la actualidad diferentes empresas han venido mejorando su diseño para poder lograr el objetivo de una mejor limpieza.¹²

1.1.3.4 Técnica de cepillado

Se han desarrollado muchas técnicas de cepillado, tratando de encontrar la más efectiva en la limpieza bucal, el tiempo de cepillado que aplica la población en la actualidad en mucho menor al que se necesita para remover la placa bacteriana y restos alimenticios, dentro del conocimiento odontológico esta la técnica de Bass Modificado la cual facilita a una limpieza más eficiente. Es necesario contar con un cepillo dental en casa. El cepillado debe ser todos los días, considerando la zona palatina y lingual de los dientes siendo estas las zonas más difíciles de llegar, las partes oclusales de los dientes o las caras masticables de ellos y por último la lengua que en ocasiones se ignora ésta almacena mucha blaca bacteriana durante el día, la educación de higiene bucal no debe de pasar por alto ante la educación en los niños formando así un hábito de higiene, desarrollando su habilidad.¹²

1.1.4 Caries Dental

1.1.4.1 Definición

La caries dental es denominada una enfermedad multifactorial contagiosa iniciada por cambios microbianos ubicados en la biopelícula de la superficie dental llamada placa bacteriana, y que esta conformada por el flujo salival y su composición, la extra exposición de fluoruros, los alimentos que se consumen y la falta de higiene oral. Las bacterias ubicadas en la placa bacteriana cambian el pH salival provocando una pérdida de minerales en las piezas dentales originando caries dental.¹⁵

La caries produce una desmineralización agresiva sobre el tejido duro de las piezas dentales para que finalmente termine siendo destruida por completa la corona de la misma.¹⁶

1.1.4.2 Importancia

La caries dental es considerada la enfermedad más prevalente que afecta al mundo entero, es un proceso continuo que puede detenerse, apenas se detecte debe ser tratado para detener su desarrollo, para poder controlar y tratar.¹²

El desarrollo de la caries dental empieza en zonas muy escondidas como fosas y fisuras así como zonas interdenciales, iniciando por esmalte, dentina cemento o pulpa dental, cuando sea detectado se deberá detener el proceso removiendo el tejido infectado realizando una restauración de la pieza o corona según la necesidad.¹⁷

El uso de aguas fluoradas es para la mejoría en la exposición de flúor sobre piezas. Así como también las cremas dentales por gran exposición

mejorando la calidad de la pieza dental. El proceso de caries dental en piezas dentales con gran exposición de flúor es lento.¹⁷

1.1.4.3 Estadística

La enfermedad dental con mayor incidencia en niños es la caries y afecta según sus edades, también esta considerada la mayor enfermedad crónica en el mundo, siendo este un gran reto para la especialidad en salud pública. “La caries no tratada causa frecuentemente dolor oral el cual afecta a 7 de cada 10 niños en India, 1 de cada 3 adolescentes en Tanzania y a 1 de cada 3 adultos en Brasil”.¹⁷

1.1.4.4 Etiología

Siendo la caries una enfermedad multifactorial que se presenta con factores básicos como son los etiológicos, primarios o principales, representada por la dieta, huésped y microorganismos. En cuanto a los microorganismos presentes en boca, se encargarán de desarrollar caries dental además de la obligatoria presencia de carbohidratos fermentables añadiendo un lugar propicio para el desarrollo tendrá como resultado la formación de ácidos que alteran la estructura de las piezas dentarias.¹⁸

Los factores que contribuyen al desarrollo de la caries dental serán indispensables para la afección de las piezas dentarias.¹⁶

El proceso de desmineralización y remineralización de los dientes el cual afecta el calcio y fósforo de las piezas dentales por acción de los ácidos de los microorganismos orales, se verá reducido por una buena higiene oral.¹⁵

- **Anatomía dental:**

La anatomía de las piezas dentales tanto su forma como su ubicación se inclina a un desarrollo de caries dental, como es el caso de las piezas molares con sus fosas y fisuras, considerando así mismo sus zonas interproximales y zonas donde la lengua no tiene acceso y no colabora con el arrastre de los restos alimenticios. Además se debe considerar los factores influyentes como es socioeconómico cultural y calidad de vida.¹⁶

- **Tiempo**

Los restos alimenticios que se unen a la superficie dental y los microorganismos, tienen la capacidad de poder formar sustancias acidógenas y acidorresistente, produciendo daño el cual inicia por el esmalte dental.¹⁶

- **Dieta**

Los restos de alimentos presentes en la superficie compuesto por carbohidratos fermentables, ayudan a la aparición de caries dental. La enzima llamada alfa amilasa salival es capaz de degradar el almidón, llegando a maltosa que esta presente hasta el bolo alimenticio, produciendo una reducción de pH salival, contribuyendo a la formación de caries dental.¹⁶

- **Bacterias**

Las bacterias o microorganismos unidos a los restos alimenticios forman el biofilm uniéndose a las bacterias patógenas y saprófitas las cuales luego son deglutidas; la falta de uno de estos factores evita la producción de caries dental.¹⁶

1.1.4.5 Inicio y progresión de las lesiones cariosas

- **Lesión en esmalte**

La capa más externa del diente es el esmalte es el tejido orgánico más duro de todo el cuerpo con el 96% de material inorgánico, 1% orgánico y 3% de agua que contiene cristales de hidroxiapatita. Existen porosidades denominados intercrystalinos que van en aumento de diámetro con la afección de la caries dental, reduciendo la traslucidez adamantina, el pH se encuentra en el 6.2 y 6.8, cuando este disminuye, por efecto de la formación de los ácidos, se convierte en un medio propicio para aumentar las condiciones de producción de caries dental llegando a 5.5 denominado pH crítico, no habrá ganancia de minerales para la restructuración de los minerales de la pieza dental perdiendo el equilibrio de pH.¹⁶

- **Zona superficial a prismática o capa de Darling.** Presentada por una línea permeable de ingreso de bacterias y sus productos llamados ácidos aumentan la porosidad en un 5% y pierde su superficie con un aproximado de 5%.¹⁸
- **Cuerpo de la lesión o zona sub-superficial.** Se presenta el daño en mayor parte en el esmalte que se distribuye por debajo de la zona de la superficie y se dirige hacia la zona oscura, en el mencionado lugar la desmineralización es mucho más rápida, por la porosidad del diente; la porosidad alcanza un 25% a más, así mismo la pérdida de mineral será entre el 18 y 50%.¹⁸
- **Zona oscura.** Es una zona que se encuentra por debajo de la lesión. Tiene una porosidad de 2 a 4 % de su total y presenta una pérdida de 5 a 8 % de minerales. ¹⁸

- **Zona translúcida.** Es la zona más profunda de la lesión, es denominado así por el su ubicación, la zona es más microporosa en un 1% a la pérdida de mineral de 1 a 1.5% del total de la piezas dental.¹⁸

- **Lesión en dentinaria**

La dentina presenta un proceso de enfermedad de caries dental diferente a la del esmalte, en la dentina es más rápido el desarrollo de la caries dental, debido a su estructura orgánica es mucho más poroso que el esmalte y con menos cantidad de material inorgánico, este responde frente a procesos fisiológicos tales como es la edad, atricción; los procesos patológicos, es mucho más rápido tales como la abfracción o la caries dental.¹⁸

Siendo el colágeno la sustancia más abundante en el organismo, se considera que también este presente en mayor cantidad en la dentina, la dentina presenta túbulos los cuales determinan la porosidad de la pieza dental, el rol de los túbulos es de presentar permeabilidad y sensibilidad, el proceso carioso continua la profundidad del esmalte continuando por la dentina, apenas traspase el límite amelodentinario avanza a una velocidad más rápida que cuando se desarrolla en el esmalte, el conducto de los túbulos permite que se regenere de una manera más rápida, se inicia entonces el proceso de desmineralización de la dentina, a la misma vez inicia el proceso de defensa remineralizando la dentina y obliterando o calcificando túbulos afectados o cercanos precipitando sales cálcicas dentro de los túbulos, si el ataque es mayor; es decir si la desmineralización es mayor que la remineralización, el proceso carioso habrá superado al proceso de defensa, produciendo infecciones y enfermedades pulpares.¹³

- **Lesión no cavitada o Dentina terciaria:** el estrato dentinario seguido de la pulpa, presenta una reacción donde el complejo dentino pulpar actúa frente al daño, entonces la dentina no dañada que se encuentra por debajo del daño o lesión, tiene la cualidad de formar a la dentina

terciaria o dentina esclerótica la cual ha detenido el proceso carioso; se observa histológicamente por la zona esclerótica de los túbulos dentinarios a la zona que ha recibido mayor daño.¹⁸

- **Lesión cavitada o Zona de destrucción o necrótica.** La zona necrótica de la dentina esta poblada por bacterias patógenas y productores de ácidos, en la zona de desmineralización avanzada o superficial; se observa gran desmineralización por producción de ácidos de las bacterias; en cuanto a la invasión bacteriana, esta va en aumento por ser una zona con menos dureza y resistencia que el esmalte.¹⁸

- **Lesión en cemento**

El tejido dental denominado cemento, cubre todas la raíces de las piezas dentales, tiene el menor grosor de todo el tejido dental, su función principal es anclar la pieza dental con el tejido óseo mediante los ligamentos periodontales, el cemento protege la dentina y no la expone expuesto, la zona del esmalte esta expuesto a la formación de la caries dental, el tejido periodontal se ha visto afectado, el cemento expuesto será propenso a desarrollar caries dental. El proceso carioso sobre la zona de cemento es rápido por ser una zona porosa, el cual también tiene la capacidad de realizar el mismo proceso de desmineralización y remineralización. El proceso carioso irá en aumento y simultáneamente.¹⁶

1.1.4.6 Detección clínica visual para la detección de lesiones cariosas

Para el diagnosticar la caries dental se puede detectar a simple vista como en cualquier enfermedad de amplio desarrollo; sin embargo, para determinar la presencia de la enfermedad de la caries dental en cualquier etapa, se deberá realizar diferentes métodos.¹⁸

- **Método de inspección visual**

En la clínica, a primera instancia se determina la caries dental con inspección visual, pero para brindar el diagnóstico de una manera segura al paciente, se deberá acompañar con estudios complementarios con ampliación visual y apoyo eficiente al diagnóstico. La tecnología ha permitido que instrumentos como la cámara intraoral digital, amplifique la imagen de la caries dental. La motivación y la educación de higiene bucal se deben presentar al paciente. La manera correcta de inspeccionar las piezas dentales es secando la zona y usar una buena iluminación.¹⁸

- **Métodos de diagnóstico**

Para todo cirujano dentista es importante tener un diagnóstico no errado el cual demuestra la capacidad de realizar un tratamiento adecuado. Cada pieza dental debe ser minuciosamente examinada de manera secuencial y organizada. Existen diferentes variedades de métodos a utilizar, entre los más comunes esta el método visual y táctil; se debe preparar el campo con un buen secado de aire o algodón, para luego proceder a observar frente a una buena iluminación.¹⁸

1.1.4.7 Otra clasificación de caries dental

- **Lesiones de fosas y fisuras.**

La caries tempranas se desarrollan desde las fosas y fisuras, estas son las más difíciles de detectar a simple vista, como se mencionó. El estadio más temprano de la caries dental es la desmineralización, donde se observa una mancha blanca que se encuentra en las fosas y fisuras, el utilizar el explorador esta contraindicado, pues al utilizarlo sobre la zona de fosa y fisuras puede profundizar la caries, para ello debe realizarse una profilaxis sobre la zona afectada.¹⁸

- **Lesiones proximales**

Si el objetivo es querer determinar la lesión cariosa ubicada en la zonas interproximales, será insuficiente realizarlo de manera visual, muchas veces esta es errada, en cambio si la pieza siguiente esta ausente, entonces si se podrá determinar la lesión cariosa que presenta la pieza dental, la manera más eficiente de poder determinar si existe caries dental en la zona proximal será recurriendo al estudio radiográfico. El procedimiento en el tratamiento de restauración de la pieza dental por proximal es un tratamiento dificultoso, por lo que se debe utilizar cuñas para separar la zona y mantener un lugar apto para recibir el tratamiento, otra opción es colocar bandas elásticas en zonas proximales, aquellas bandas utilizadas en la especialidad de ortodoncia, de esa manera se facilitará un poco el acceso a esta zona.¹⁸

- **Lesiones de caras libres**

Las lesiones cariosas de fácil detección son aquellas que se presentan en la zona de las caras libres, la mancha blanca es fácil de detectar en las caras libres, un blanco opaco de aspecto rugoso de forma oval de bordes definidos, tiene mayor presencia de biofilm. Detectar y tratar la caries dental en un estadio temprano, sin cavitación es de fácil tratamiento, se deberá retirar el biofilm mediante una profilaxis y utilizar fluoruros para poder remineralizar la zona afectada y de esa manera detener el proceso carioso.¹⁸

- **Lesiones radiculares**

Las lesiones radiculares solo se pueden generar cuando el periodonto que protege la zona radicular de la pieza dental se ha visto afectada, la zona de cemento es una zona que cuando hay salud periodontal, no esta expuesta a las bacterias ya que se encuentra protegido por los tejidos periodontales circundantes. A menudo la caries dental que se ubica en la

zona de cemento, se encuentra a 2mm por debajo del margen gingival, con aspecto redondeado, necesariamente se presenta de manera individual, podría presentarse una, dos o tres lesiones en la misma cara de la pieza dental, es necesario confirmar la zona de la caries dental utilizando métodos radiográficos y realizando un tratamiento periodontal para determinar si existe enfermedad periodontal donde la encía se encuentra inflamada o con sangrado.¹⁸

1.2 Investigaciones

Limaylla R, Chein S. (2009); determinaron la incidencia y grado de severidad de la enfermedad de la caries, CPO-D y la relación entre los factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento a nivel de salud oral en población escolar adolescente; se desarrolló en una muestra de 212 femeninas de 12 a 17 años que presentan dientes permanentes. La incidencia de la enfermedad de caries dental fue de 85,8 %, y un CPO-D de 4.0, según el grado de daño por caries, fue leve (36.3%). La incidencia de caries dental fue alta; el CPO-D fue moderado y la severidad y prevalencia de caries se observó en incremento con la edad; aumentó el número de personas por vivienda, el tipo y cantidad de personas que realizan el sustento económico, se observó una menor cantidad de veces de cepillado, se observó el aumento de consumo de insumos cariogénicos, la falta de la atención odontológica y de los tipos de servicios odontológicos.¹⁹

Carrasco M. (2009); determinó la incidencia de caries dental, sus conocimientos, sus prácticas en salud bucal y las características socioeconómicas dirigido a escolares de dos centro educativos públicos. Con una muestra de 107 de primaria y secundaria. Se observó que el nivel educativo alcanzado por los padres con mayor porcentaje fue la educación secundaria. La actividad económica del padre en su mayoría fue de trabajador dependiente y la mayoría en la madre, fue de ama de casa. Las viviendas en la gran mayoría fueron de ladrillos un 95,05%, se

encontró piso formado de cemento 65,35%, techo construido de concreto con un 80,19% y con red de agua pública en la vivienda con un 93,00%. El 38,09% no tiene ningún tipo de seguro de salud y el 15,68% no han acudido al médico. La muestra presentó la edad de $10,61 \pm 3,05$ años. El índice de placa blanda en el nivel de primaria fue de $1,54 \pm 0,6$; IHO-S y en secundaria fue de $1,92 \pm 1,02$. La incidencia de la enfermedad de caries fue de 86,92%; CPOD = $2,39 \pm 2,52$; ceod = $4,48 \pm 3,42$. El 50% no tenían conocimiento sobre las enfermedades que pueden aparecer en el área bucal; 54,95% el conocimiento sobre el tiempo adecuado en el cambio del cepillo; 52,10% demostraron conocimientos sobre los métodos para prevenir la enfermedad de la caries dental. Nunca asistieron al dentista y no lo recuerdan haber asistido, el 21,49% y 19,62%, respectivamente; el motivo de atención fue la presencia de dolor o tratamientos de recuperación odontológica con en el 70,14%. El porcentaje de 45,79% se cepillaban 3 veces al día; 22,42% consumen a diario alimentos azucarados. Las condiciones socioeconómicas se observaron en la apariencia de su salud oral. La mayoría no acceden a la atención dental y se demostró una alta incidencia de la enfermedad de caries dental, así como falta de prácticas y conocimientos en salud bucal.²⁰

Mattos M. (2010); determinó los factores socioeconómicos sobre la conducta relacionados con la historia de la enfermedad de la caries dental (HCD) dirigido a niños y niñas con edades de 6 a 12 años de instituciones educativas del distrito de la Molina en Lima Perú. Se realizó exámenes clínicos a 257 y 139 alumnos de 6 y 12 años respectivamente. El instrumento fue el cuestionario aplicado a los padres de familia. La prevalencia de caries dental en alumnos de 6 años se observó el 81,7 % con un ceo-d de 4,35, en los alumnos de 12 años la incidencia fue de 92,8%, un CPO-D de 3,86. En los alumnos de 12 años no demostró significancia estadística. En los alumnos con la edad de 6 años la HCD en dentición temporal, se observó la mayoría en aquellos que se cepillaban una vez al día y asistieron al odontólogo solo por alguna urgencia. En los

alumnos de 12 años, no hubo factores socioeconómicos y de comportamiento evaluado para identificar los niños con mayor HCD en dentición de adulto.²¹

Díaz S, Arrieta K, González F. (2011); identificaron los factores sociales y demográficos familiares entre la incidencia de caries dental en los alumnos del centro educativo Madre Gabriela del distrito de San Martín. La muestra fue de 243 alumnos tomada de manera aleatoria estratificada. La asociación de los factores sociales y demográficos familiares (como la unión conyugal, el nivel de educación y la función de los tutores, estrato socioeconómico mediante APGAR familiar) y la incidencia de la enfermedad de la caries dental (índice COP-D y ceo-d). La incidencia de caries dental fue de 51% (IC 95%: 44-57), más en las mujeres (70%; $p=0,02$). Las variables de familia asociada con la enfermedad de la caries dental solo fue significativa con el desempeño del padre (OR: 0,40; IC 95%: 0,18-0,86; $p<0,01$). El padre es quien provee el dinero y como formador influye de manera positiva en la salud dental de los niños.²²

Mafuvadze B, Mahachi L, Mafuvadze B. (2013); determinaron la incidencia de la enfermedad de caries dental en párvulos de 12 años de zonas urbanas y zonas rurales en Zimbabwe. Fue un estudio transversal con párvulos de 12 años de edad en los colegios de primaria del distrito de Harare y Bikita. Se identificó el grado de caries dental utilizando el índice DMFT siguiendo las reglas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se demostró una gran incidencia de caries dental de párvulos urbanos con 59.5% y párvulos rurales con 40.8%. La DMFT media de las zonas urbanas y zonas rurales demostró un 1.29 y 0.66 respectivamente. Existió poco conocimiento sobre temas de salud oral por parte de los participantes. Hay una alta incidencia de caries dental entre párvulos de 12 años de edad en zonas urbanas y zonas rurales de Zimbabwe.²³

Saldūnaitė K, y Cols. (2014); estudiaron las actitudes de los padres hacia sus niños sobre cuidado dental y medidas preventivas, se evaluó a

los padres la educación y su estado socioeconómico. Participaron un total de 1248 padres de niños de 7, 9, y 12 años. Los padres con un nivel educativo alto fue mejor que aquellos quienes tenían un nivel educativo bajo. Los padres quienes han reportado suficiente ingresos familiares han notado que su niño presentó informes familiares insuficientes. Los padres que presentaron cuidados acerca de la salud de su niño. Los padres con una educación de nivel alto y suficiente ingresos si cuidan la higiene oral y tienen chequeos dentales de manera regular, más que aquellos que tienen una educación de bajo nivel e insuficientes ingresos (36,7% y 40,8% vs. 30,2% y 28,7%, respectivamente). Los niños cuyos padres tenían una educación alta, su nivel cepillado de 2 veces al día y fue más frecuente que aquellos padres con una educación baja. Se concluye que se debe tener mayor atención dental a los niños no importa el nivel educativo ni los ingresos que presenten.²⁴

Mayor F, y Cols. (2014); realizaron una recolección de información en base a investigaciones. Se eligieron 26 investigaciones, el 70 % se realizaron durante los últimos cinco años. Se utilizaron las siguientes palabras claves: factores de riesgo y sociales, caries dental. En el presente estudio se observó que los pobladores no toman conciencia de la importancia, porque no es de riesgo de vida. Los factores sociales determinan la salud.²⁵

Çolakoğlu N, Has E. (2015); identificaron la relación de la higiene bucal con la vida social que viven los niños de 6 a 12 años, y presentar tratamiento preventivo para estos niños en una etapa temprana. Los datos del estudio se obtuvieron de los cuestionarios realizados a padres de 120 niños, y también a partir de resultados de hallazgos orales luego de exámenes médicos orales realizados por el dentista. Según los resultados de la investigación, consideramos que las autoridades sanitarias en Turquía debe alentar la prevención y la implementación de programas de desarrollo hacia la salud bucodental pública y escolar, que las medidas de tratamiento preventivo temprano adquiridas por los niños ayudan en gran

medida a reducir el gasto de salud estatal en salud bucal. Además, este estudio se considera como una investigación preliminar para un proyecto a realizar por los investigadores.²⁶

Khalil N, Lavinia S, Aedh A. (2015); investigaron la asociación entre el estado socioeconómico de los padres y prevalencia de caries dental en niños de primaria matriculados en las escuelas públicas de Najran; KSA durante el período de octubre de 2013 a mayo de 2014. Se seleccionó en el estudio una muestra total de 288 niños de 10 a 13 años de edad. El estado socioeconómico de los padres de los niños se obtuvo mediante un cuestionario. La tasa de respuesta fue alta (100%). La prevalencia de caries entre la muestra fue del 72,57% (media de DMFT = 0,96). Los resultados de este estudio revelaron que hay evidencia de relación inversa entre el nivel educativo y la experiencia de caries, ya que los padres con un alto nivel educativo obtuvieron un estado significativamente mejor de salud bucal entre los niños que tenían un bajo nivel educativo { $P < 0.05$ } respectivamente. Se observó una diferencia significativa entre las familias que informaron ingresos familiares insuficientes con los de ingresos familiares suficientes o moderados. Se concluyó que la experiencia de caries dental en los niños esta fuertemente correlacionada con el nivel de la educación de los padres. Se encontró que la asociación inversa fue significativa ($P < 0.05$), pero ninguna asociación significativa fue observado en relación con el ingreso familiar.²⁷

Dho MS. (2015); analizó las actitudes de salud oral y la asociación con el nivel social y económico. Dirigido a pobladores adultos de la Ciudad de Corrientes; Argentina. Fue una investigación de corte transversal. El instrumento fue una encuesta realizado a domicilio. Los datos obtenidos fueron sociales demográficos con la actitud de la salud oral con un examen clínico. La muestra fue de 351. Se encontró que el nivel social económico bajo tiene una actitud no adecuada. Los resultados podrán ser utilizados para nuevos programas que involucren los factores sociales y económicos.²⁸

Sanabria D, y Cols. (2016); describieron el índice de caries en niños de la Fundación DEQUENI que son de la calle y fueron dañados por la pobreza en la localidad de Ypané del año 2013. La investigación fue de transversal, observacional y descriptivo. La muestra fue de 70 niños de 12 y 15 años. Los aspectos demográficos fueron considerados así como caries, alteraciones de la oclusión, así como el tipo de vida. El género femenino estuvo representado por el 54,29% las cuales presentaron un índice de CPO-D con 6,57 (DE=3,54). Los padres que enseñaron a sus hijos de salud oral fue de 44,3%. El 100% presento una correcta frecuencia de uso de cepillo dental con una cantidad de 3 veces por día. El 48,57% de la muestra consume mínimo 5 comidas diario, el 64,29% presenta un gran consumo de gaseosas durante los alimentos después de la última comida del día. Hay una alta incidencia de caries dental y una necesidad de tratamiento dental y un programa adecuado para mejorar las condiciones en la salud bucal.²⁹

García L, Bergonzoli G. (2017); identificaron los determinantes de las consultas que presentaron los niños con menos de seis años de edad referente a la asociación de caries dental con los efectos de la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA). El estudio realizo una evaluación de diferentes variables frente a la atención en salud. La variable edad en las consultas de EDA fue de 6.3%, en el género hombre fue de 5,3%, y contar con una mascota fue de 9%. En las ateciones de IRA, el grado educacional de los padres influyó un 3.5%, los materiales componentes para la construcción del techo influyó el 20.7% clasificación de la población 33%, en general fue de 57,2%. El 9.4% influyó la edad durante la cita en caries dental, el uso del cigarrillo dentro del hogar fue de 53%. Los factores sociales y del ambiente representó superando el 50% de las variables de consultas de salud en niños con menos de 6 años.³⁰

Orozco M. (2017); identificó la incidencia de caries de dientes temporales con el uso de ICDAS y su asociación con las variables de riesgo relacionado en infantes de 3 a 5 años del centro fiscal educativo Isabel de Godín y el centro particular educativo Vigotsky. Se aplicó el examen ICDAS en una muestra de 200 con una encuesta de 9 ítems que desarrollaron los tutores de los niños. La prevalencia de caries temprana se desarrolló mayormente en la escuela fiscal. La prevalencia de la caries dental va en incremento con la edad. Se determinó que los dientes más afectados fueron los incisivos superiores y las piezas molares. El género femenino es el más afectado así como los niños que sus padres que cuentan con un pago mínimo de salario. Hubo relación el índice de higiene oral con la dieta y nivel social y económico.³¹

Rouxel P, Chandola T. (2017); analizaron la brecha socioeconómica y étnica. La desventaja en la salud oral entre los niños de 5 años se reduce entre los adolescentes de 15 años. Los datos de la encuesta transversal de salud dental infantil fueron analizados en 2013, comprendieron 8541 niños de 5, 8, 12 y 15 años que asisten a escuelas en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. Los indicadores de salud oral incluyeron caries y dientes llenos, placa, gingivitis y salud periodontal. La etnicidad se midió usando las categorías étnicas del censo del Reino Unido de 2011. La posición socioeconómica se midió por privación familiar, escolar y residencial. Binomio negativo y regresión los modelos estimaron los niveles de salud bucal por origen étnico y posición socioeconómica, fue ajustado por características demográficas y dentales. La tasa prevista de dientes cariados para niños blancos británicos / irlandeses de 5 años fue de 1,54 (IC del 95%: 1,30-1,77). Por el contrario, la tasa prevista para los niños indios y pakistaníes fue aproximadamente 2-2.5 veces mayor. A los 15 años, las diferencias étnicas se habían reducido considerablemente. La privación familiar se asoció con mayores niveles de caries dental entre niños más pequeños pero no entre adolescentes de 15 años. La influencia de la privación residencial en la tasa de caries y dientes rellenos fue similar entre jóvenes y mayores niños. Además, las desigualdades en la

mala salud periodontal por privación residencial fue significativamente mayor entre los niños de 15 años en comparación con los niños más pequeños. Este estudio encontró alguna evidencia de menor nivel socioeconómico, étnico y diferencias familiares en la salud oral entre los adolescentes británicos en comparación con los más jóvenes y niños. Sin embargo, diferencias sustanciales en la salud bucal por privación residencial permanecieron entre los adolescentes. Los niveles comunitarios de privación pueden ser particularmente importantes para la salud de los adolescentes.³²

Ochoa P. (2017); determinó la incidencia de caries dental y su asociación con el factor social económico y cultural, en alumnos de 4 a 5 años. La metodología fue cuali-cuantitativa, transversal no experimental; se usó métodos analítico, sintético, descriptivo, deductivo e inductivo, con enfoque sistémico, las técnicas fue la encuesta, siendo una guía de observación y fichas de control. La muestra fue de 124 alumnos y sus padres. El 41.45% son piezas sanas, y 58.55% estuvieron afectadas por caries. El nivel socioeconómico y cultural bajo es importante en la incidencia de caries, el 52% de padres tienen nivel de educación de primaria y el 86% tuvieron un nivel social económico bajo.³³

Chaffee B, Cols. (2017); cuantificaron la asociación relativa entre la experiencia de caries dental infantil y calidad de vida relacionada con la salud oral del niño informado por la madre (OHRQoL); al examinar si la asociación difería según el estado socioeconómico familiar (SES); la OHRQoL exploró según el SES familiar en niveles similares de experiencia de caries infantil. Entre los niños del sur de Brasil estudiados (N = 456, la edad media fue 38 meses), OHRQoL impactó que se cuantificó como puntaje promedio en la Escala de Impacto de Salud Oral de la Primera Infancia en Brasil (ECOHIS), comparado con las categorías de experiencia de caries (dmft: 0, dmft: 1–4, dmft: = 5). Las relaciones ajustadas de ECOHIS entre las categorías de caries se calcularon utilizando modelos de regresión de los estratos socioeconómicos

definidos por la educación materna, la clase social y los ingresos del hogar. La prevalencia de caries (dmft > 0) fue del 39,7%, la puntuación media de ECOHIS fue de 2,0 (DE: 3,5) y el 44.3% de las madres informaron OHRQoL (con un puntaje de ECOHIS > 0). Se asoció un aumento de caries infantil con la experiencia de un empeoramiento de la calidad de vida del niño y la familia: las puntuaciones de ECOHIS fueron 3.0 veces mayor (IC 95%: 2.0, 4.4) para niños con dmft = 5 versus dmft = 0, un patrón que persistió independientemente del estado socioeconómico familiar (P para interacción: todos > 0.3). Sin embargo, ajustado para el estado dental y los datos sociodemográficos, las puntuaciones medias de ECOHIS fueron más bajas cuando fueron informadas por madres de menor nivel educativo (razón: 0.7; IC 95%: 0.5, 1.0), clase social baja (razón: 0.7; IC 95%: 0.5, 1.0), o en hogares de bajos ingresos (relación: 0.8; IC 95%: 0.4, 1.2). La caries dental se asoció con experiencias negativas de los niños y familias de todos los grupos sociales.³⁴

Ahuja N, Ahuja N. (2017); evaluaron la influencia del estado socioeconómico y los factores del entorno del hogar en OHRQoL entre escolares de 13 a 14 años de edad en el norte de Bengaluru. Este estudio transversal se realizó entre 800 niños de 13 a 14 años de edad de escuelas públicas y privadas en el norte de Bengaluru. El OHRQoL se evaluó utilizando una versión más corta de Child Perceptions Cuestionario (CPQ11-14). También se pidió a los niños que proporcionen información sobre factores ambientales del hogar. Los puntajes fueron más altos para los niños que pertenecen a la clase baja, seguidos por los de menor nivel socioeconómico medio, y superior, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas (P <0.05). Se observó en las escuelas gubernamentales que los niños que viven con un padre / tutor soltero, que tienen dos o más hermanos, una o dos habitaciones, que se hospedan con más de una persona por habitación, con familia que usaba alcohol / tabaco informó un CPQ11-14 puntajes medios y altos en comparación con las escuelas privadas. (P <0,05). Es importante cambiar el enfoque del paradigma biomédico y restringido actual sobre salud bucal y desarrollar

políticas y programas de salud bucal considerando el estado socioeconómico y factores ambientales del hogar para mejorar los resultados OHRQoL en los niños.³⁵

Corchuelo J, Soto L. (2017); describieron el índice de caries dental y nivel de COP, la incidencia de caries dental en párvulos en algunos hogares comunitarios de seis municipios del Valle del Cauca, Colombia. Se halló el 45.6% de incidencia de caries dental. El COP tuvo 1.7 (IC del 95%: 1.5-1.9) en la muestra de 2 a 5 años de edad de dos a cinco años con 2.3. Se halló una incidencia con antecedentes de caries dental en la población preescolar menor que la encontrada en el Tercer Estudio Nacional de Salud Oral en la población de cinco años y los resultados encontrados con párvulos de 3 a 5 años.³⁶

Peña Y. (2018); determinó el impacto de factores sociales demográficos de la familia en la calidad de vida asociadas con la salud bucal de niños de 3 a 5 años de centros educativos nacionales de Pachacámac, en el año 2017. Fue descriptivo transversal de tipo observacional, prospectivo, y. La muestra con 182 alumnos de 3 a 5 años evaluando clínicamente la zona bucal, con la ayuda de un odontograma, alteraciones como caries dental, traumatismos dentales, maloclusión, al adulto se evaluó con un ECOHIS con una ficha de evaluación económica. Hallándose una asociación significativa entre la vivienda propia (0,016) y la edad del alumno (0,047). La frecuencia de la enfermedad de caries dental fue de 92.3%, traumatismos dentales y alveolares con un 2,2%, maloclusiones 5,5%, lo que indica que en la infancia temprana el impacto en la calidad de vida en los alumnos se deteriora.³⁷

1.3 Marco Conceptual

Factor social:

En el Perú; el trimestre de análisis con el 27,1% de niñas, niños adolescentes han padecido de algún síntoma o malestar y el 22,4% de alguna enfermedad o accidente.⁴

Factor Económico:

En el Perú; las características de los últimos años de la población que participa en el mercado laboral mejora su nivel educativo, se aprecia a nivel nacional y en los diferentes ámbitos geográficos.⁵

Salud Bucal:

Salud bucal significa más que dientes saludables. La palabra “bucal” se refiere a la boca, que incluye no sólo los dientes, las encías y el tejido de apoyo, sino también el paladar duro y el suave, el recubrimiento mucoso de la boca y de la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivales, los músculos para masticar y la mandíbula.⁷

Higiene Bucal:

El cuidado de los dientes y la boca es de gran importancia, puesto que es la parte inicial del aparato digestivo. Los dientes son parte fundamental para mantener en buenas condiciones el organismo, su principal función es la trituración de los alimentos para asegurar la buena digestión de los mismos.¹¹

Caries dental:

La caries dental es una enfermedad multifactorial que se inicia con cambios microbianos localizados en la biopelícula de la superficie de los dientes, también denominada «placa bacteriana» o «placa dental», y que esta determinada por la composición y flujo salival, por la falta de exposición a los fluoruros, por la dieta y por los hábitos de higiene oral.¹⁵

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

Estudios a nivel Mundial como en el caso de Zimbabwe. Existe una alta prevalencia de caries dental entre niños de edad escolar de 12 años con antecedentes de bajo nivel socioeconómico en Zonas urbanas y rurales.²³ Un estudio realizado en Cuba afirma el incremento de la caries dental en la mayoría de los países, que guarda relación con la presencia de varios factores de riesgos para la salud bucal, que se completan presentando variables biológicas y sociales como son: el bajo nivel económico, la ingesta de dieta cariogénica (consumo de azúcar refinado), el alto nivel de microorganismos cariogénicos y mala higiene bucal.²⁵ En Arabia Saudita se realizó un estudio donde se concluyó que la existencia entre el estado socioeconómico y la condición de salud bucal, exige una implementación de la salud bucal mediante programas educativos.²⁴ Otro estudio realizado en México encontró una prevalencia y antecedentes de caries en la población preescolar menor que la reportada en el tercer estudio nacional de Salud Oral en la población de cinco años y los resultados

reportados en el estudio a los tres y cinco años. En el análisis de regresión simple, el tipo de seguridad social, la condición étnica y la edad se correlacionaron con el nivel de CPOD.³³ En Inglaterra mediante un estudio se encontró evidencia de un menor nivel socioeconómico, étnico y diferencias familiares con salud oral entre los adolescentes británicos en comparación con los niños. Sin embargo, existen diferencias sustanciales en la salud bucal de los adolescentes por privación de salud bucal. Los niveles comunitarios de privación pueden ser particularmente importantes para la salud bucal de los adolescentes.³²

A nivel de Latinoamérica, como en Brasil, la experiencia de caries dental en niños en edad preescolar fue fuertemente asociada a la calidad de vida independientemente del estado socioeconómico de la familia. Sin embargo, se observó que los cuidadores de mayor desventaja socioeconómica tendieron a informar que presentan menor calidad del impacto de vida así como el nivel de experiencia en enfermedades que presentaron en la infancia. El potencial de variación en las medidas subjetivas de calidad de vida en diferentes entornos sociales, se merece tener consideración en la evaluación del programa y la vigilancia de la morbilidad específica de la enfermedad. En comunidades desfavorecidas la condición es crítica para realizar estudios sobre la percepción de los padres en relación con la utilización de servicios dentales en su comunidad.³⁴

Cabe mencionar que estudios realizados en el Perú presentan condiciones socioeconómicas de bajo nivel que se expresan en Delaware Salud Oral UNA, la población presenta un alto predominio de Caries dental e higiene oral regular.¹⁷ Otro estudio en el Perú concluyó que la prevalencia de caries fue alta; el CPOD es moderado, la severidad y prevalencia de caries se incrementó con el aumento de la edad, hay incremento del número de personas por hogar, el tipo y cantidad de responsables del sustento familiar, mencionada población presenta menor frecuencia de cepillado, así como el aumento del consumo de productos

cariogénicos, el no uso de la atención odontológica con el no uso de los tipos servicios odontológicos.¹⁹

En los niños de 6 años de colegios estatales del distrito de la Molina del Departamento de Lima, la caries dental en dentición decidua fue mayor en aquellos que cepillaban sus dientes una vez al día y acudieron al dentista por motivo de urgencia. En los niños de 12 años, no hubo asociación entre el factor socioeconómico y de comportamiento evaluado, se observó mayor incidencia de caries dental en la dentición permanente.²¹

En cuanto al distrito de San Juan de Lurigancho del Departamento de Lima Perú, aún no se han realizado estudios previos sobre la presente investigación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños por lo que es la oportunidad adecuada para desarrollarla.

Al haber realizado la presente investigación se pudo determinar si existe o no la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

El beneficio obtenido al realizar la presente investigación será directamente para los niños de la población estudiada que a pesar de sus necesidades no pierdan el derecho a la salud bucal preventiva pues la información llegará al profesional de la salud, sobre todo a los especialistas en Odontopediatría que tomarán en cuenta los resultados entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños, ellos pondrán empeño en la población de bajos recursos. Otro beneficio es que los profesionales de la Salud puedan usar la información obtenida del presente estudio para continuar con la línea de investigación con el fin de preparar medidas apropiadas para la población estudiada y de esa manera reducir el índice de enfermedades bucales mejorando la salud en los niños con aplicación de capacitaciones y programas educativos.

2.1.2 Definición del Problema

Problema General

¿Cuál es la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019?

Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son las características socioeconómicas prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo?
2. ¿Cuál es el índice de higiene oral en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo?
3. ¿Cuál es el índice de caries en los niños atendidos en el Centro de salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tuvo como finalidad determinar cuál es la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019; se identificó la asociación que existe entre las dos variables presentadas, y se pudo poner énfasis en informar la importancia a los profesionales de la salud bucal como a los especialistas en Odontopediatría, que la salud bucal se relaciona con los factores

socioeconómicos, pues se debe tomar medidas preventivas en la población estudiada. Los resultados permitieron la elaboración de una estrategia de prevención con medidas apropiadas que beneficie la salud bucal informando a los padres y niños sobre su importancia y con ayuda de ellos reducir la prevalencia de enfermedades bucales en los niños.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

Objetivo General

Determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características socioeconómicas prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.
2. Determinar el índice de higiene oral en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.
3. Determinar el índice de caries en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.

2.2.3 Delimitación del Estudio

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho – Lima – Perú, llevada a cabo en el año 2019.

La presente investigación aportará información para los nuevos investigadores en el área de Odontopediatría y el área de Salud Pública, mencionado estudio beneficiará a la salud bucal de la población infantil creando nuevos programas dirigido a la población estudiada.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

Este estudio fue de gran relevancia porque fue utilizado para asociar los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños que compete a los profesionales especialistas en Odontopediatría enfocados en Salud Pública, para poner en énfasis los factores socioeconómicos por ser los más influyentes en relación a las enfermedades bucales, la salud bucal en los niños mejora brindando pautas necesarias para el cuidado en la salud y la higiene oral, las cuales ayudan a reducir los grandes índices de caries dental que afecta a la población más vulnerable.

Respecto a este estudio, se logró estimar la asociación de los factores socioeconómicos con la salud bucal de niño. Los resultados son de ayuda como guía para modificar aspectos y conductas del niño a fin de evitar el desarrollo de la caries dental.

El presente trabajo sirvió para ser utilizado como referencia para estudios semejantes y como fuente de consulta para investigadores y profesionales interesados en conocer sobre el tema investigado.

Los beneficiarios directos del estudio fueron los niños evaluados mediante el examen de salud bucal y los padres que llenaron la ficha socioeconómica que mediante el estudio se demostró la realidad de la salud bucal de sus niños; las autoridades pertinentes se enfocarán en el derecho a la salud bucal de toda la población sin distinción en el factor socioeconómico y recibirán el apoyo del gobierno que necesita la población más vulnerable en promoción a la salud.

Por otra parte, la importancia de esta investigación se fundamenta en su aporte epidemiológico, incrementando información necesaria para futuras investigaciones, pues el diagnóstico permitió identificar los efectos negativos que se encontraron en los instrumentos.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis Principal y Específica

Hipótesis Principal

No existe asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

2.3.2 Variables e Indicadores

Variables de estudio

Factores socioeconómicos y salud bucal en los niños.

Variable Independiente

Factores socioeconómicos.

Variable Dependiente

Salud bucal en los niños.

Indicadores

Para la presente investigación los indicadores fueron los ítems acordes a los que se van a presentar en el instrumento de recolección de datos por lo cual fueron ordenados de la siguiente manera:

Los indicadores para la variable independiente

Factores Sociales

Servicios de vivienda.

Tipo de seguro de salud.

Factores Económicos

Trabajo.

Rango de Ingresos.

Los indicadores para la Variable dependiente

Índice CPOD de Caries Dental

Muy bajo.

Bajo.

Moderado.

Alto.

Índice de Higiene Oral según O'Leary

Aceptable.

Cuestionable.

Deficiente.

CAPÍTULO III: MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población estuvo conformada por 300 niños de 5 a 8 años que asistieron a sus controles en el centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

3.1.2 Muestra

Para la toma de la información se utilizó una muestra simple al azar, cuyos integrantes se seleccionaron con el uso de la tabla de números aleatorios, para obtener el tamaño adecuado la fórmula pertinente (n) la cual arrojó un total de 107 unidades. Para calcular el tamaño de la muestra se señalaron las condiciones siguientes:

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

Margen: 10%

Nivel de confianza: 99%

Población: 300

Tamaño de muestra: 107

- Criterios de Inclusión

- Niños de ambos sexos.
- Niños en edades de 5 a 8 años.

- Niños que hayan asistido al Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho durante la investigación.
- Niños que aparentemente hayan tenido buen estado de salud general durante la investigación.
- Niños cuyos padres o tutores hayan firmado el consentimiento informado.

- Criterios de Exclusión

- Niños cuyos padres o tutores no hayan firmado el consentimiento informado.
- Niños que presenten enfermedades sistémicas durante el desarrollo de la investigación.

3.2 Diseño Utilizado en el Estudio

Diseño del Estudio

Descriptivo.

Tipo de Investigación

Transversal, observacional y prospectivo.

Enfoque

Cuantitativo.

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica de Recolección de Datos

Se presentó el proyecto de investigación en la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para la emisión de la autorización respectiva y así se desarrolle el proyecto.

Se presentó a la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega una solicitud pidiendo la emisión de un documento el cual se dirigió al Médico Jefe del Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho con el fin de solicitar autorización de ingreso y aplicar la investigación correspondiente.

Al ser aceptada la autorización por el Médico Jefe del Centro de Salud, se solicitó que se determine fecha y hora para aplicar la investigación.

Estadísticamente se determinó que no existe asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 con la aplicación del Chi cuadrado de Pearson.

Instrumento de Recolección de Datos

Para iniciar la investigación se solicitó la firma del tutor o familiar del niño evaluado, mencionado documento estuvo representado por el consentimiento informado que fue redactado con la ayuda del asesor para ser utilizado de la manera más apropiada y precisa explicación para los padres.

El instrumento que utilizó la investigación fue la Ficha de Indicadores de Nivel Socioeconómico la cual fue validada por juicio de expertos por tres Cirujanos Dentistas con el Grado de Magister o Doctor y la experiencia en el campo de la Salud Pública.

Mencionada ficha estuvo compuesta por:

1. Fecha de evaluación.
2. Datos generales del niño o niña.
Genero, edad del niño o niña.
3. Datos generales del responsable.
Género del familiar, Grado de instrucción, Edad del Familiar.
4. Factor social
Servicios básicos de la vivienda (no cuenta, electricidad, agua potable, desagüe), Tipo de seguro de salud (ninguno, ESSALUD, Seguro Privado, SIS, Entidad prestadora de salud, Fuerzas Armadas, Otras).
5. Factor económico
Tipo de trabajo (No trabaja, Trabajo independiente, Empleador, Trabajador familiar, Obrero, Trabajador del hogar, Otro) Rango de ingresos de S/ 0 a más.

Caries dental

Los niveles de severidad según la escala de gravedad en prevalencia de caries fue: 0.0-1.1 (muy bajo), 1.2-2.6 (bajo), 2.7-4.4 (moderado), 4.5 – 6.5 (alto).²⁹ La principal diferencia entre el índice CPO-D y el ceo-d, fue que en este último no se incluyeron los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellas piezas que estuvieron presentes y las extracciones que fueron indicadas solo por caries dental. Se obtuvo el total tomando la sumatoria de ambos índices CPOD ³¹⁻³³

Índice de higiene oral.

Este índice examinó todas las superficies dentales representativas de todas las zonas anteriores y posteriores de la cavidad bucal. Las seis superficies dentales que se examinaron con el índice de higiene oral según O'Leary. O'Leary describió dos índices: uno recogió la presencia de placa y el otro valoró su ausencia. Se utilizaron reveladores de placa, observando cada uno de los 4 segmentos que representan las superficies mesial, distal, vestibular y lingual de los dientes y se señaló en la ficha si había o no placa. Únicamente se registró la presencia de placa en la unión dentogingival de los dientes; los dientes que no estaban presentes se tacharon de la ficha.

Tabulación de los datos

Se halló el porcentaje de superficies, segmentos o unidades gingivales con presencia de placa con la siguiente fórmula.^{35, 36}

$$IP = \frac{\text{N}^\circ \text{ Total de segmentos con placa}}{\text{N}^\circ \text{ Total de segmentos presentes en boca}} \times 100$$

3.4 Procesamiento de Datos

Después de la recolección de información que brindó las Fichas de recolección de datos y el examen Estomatológico, ayudaron en la evaluación y clasificación. La asignación del código numérico a la ficha y a los resultados, permitió la agilización de su registro a nuestra base de datos. Usando una laptop de marca Samsung, y el programa Microsoft Excel 2010, se pudo almacenar los datos obtenidos que permitió su manipulación con fines estadísticos. Así, de manera manual y electrónica, se generó las figuras y tablas, además del análisis estadístico, mediante el uso del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20.0.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

El presente estudio tuvo como propósito determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019, al haberse obtenido los resultados de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación se procedió al análisis de los datos obtenidos, los cuales se presentaron en las tablas y figuras correspondientes con el apoyo del asesor de la tesis y un especialista en estadística

Tabla N° 1

Asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

		Experiencia de caries								IHO					
		Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Aceptable		Cuestionable		Deficiente	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Factores sociales	No	48	64%	5	6.70%	0	0%	0	0%	2	2.70%	28	37.30%	23	30.70%
	(Desagü e)	Si	17	22.70%	5	6.70%	0	0%	0	0%	1	1.30%	9	12%	12
Factores Sociales	Ninguno	1	1.30%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1.30%	0	0%	0	0%
(Tipo de seguro)	SIS	1	1.30%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1.30%	0	0%
	Entidad prestadora de salud	63	84%	10	13.30%	0	0%	0	0%	2	2.70%	36	48%	35	46.70%
	No trabaja	5	6.70%	1	1.30%	0	0%	0	0%	2	2.70%	2	2.70%	2	2.70%
	Trabajador independiente	9	12%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	8%	3	4%
Factores económicos	Empleado	2	2.70%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2.70%	0	0%
(Trabajo)	Trabajador familiar	14	18.70%	8	10.70%	0	0%	0	0%	0	0%	7	9.30%	15	20%
	Obrero	16	21.30%	1	1.30%	0	0%	0	0%	0	0%	9	12%	8	10.70%
	Trabajador del hogar	18	24%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1.30%	10	13.30%	7	9.30%
	Otro	1	1.30%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1.30%	0	0%
Factores económicos	Medios	5	6.70%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	4%	2	2.70%
(Ingresos)	Medios bajos	33	44%	7	9.30%	0	0%	0	0%	1	1.30%	20	26.70%	19	25.30%
	Bajos	27	36%	3	4%	0	0%	0	0%	2	2.70%	14	18.70%	14	18.70%

En la tabla N° 1, respecto a factores sociales, en mayoría no presentaron desagüe y experiencia de caries muy baja en 64% (N°=48), no presentaron desagüe e IHO cuestionable en 37.3% (N°=28); tenían seguro en entidad prestadora de salud y experiencia de caries muy baja en 84% (N°=63), presentaron seguro en entidad prestadora de salud e IHO cuestionable en 48% (N°=36); respecto a factores económicos, en mayoría se desempeñaron como trabajadores del hogar y una experiencia de caries muy baja en 24% (N°=18), trabajadores del hogar e IHO cuestionable en 13.3% (N°=10); ingresos económicos medios bajos y experiencia de caries muy baja en 44% (N°=44), ingresos económicos medios bajos y un IHO cuestionable en un 26.7% (N°=20).

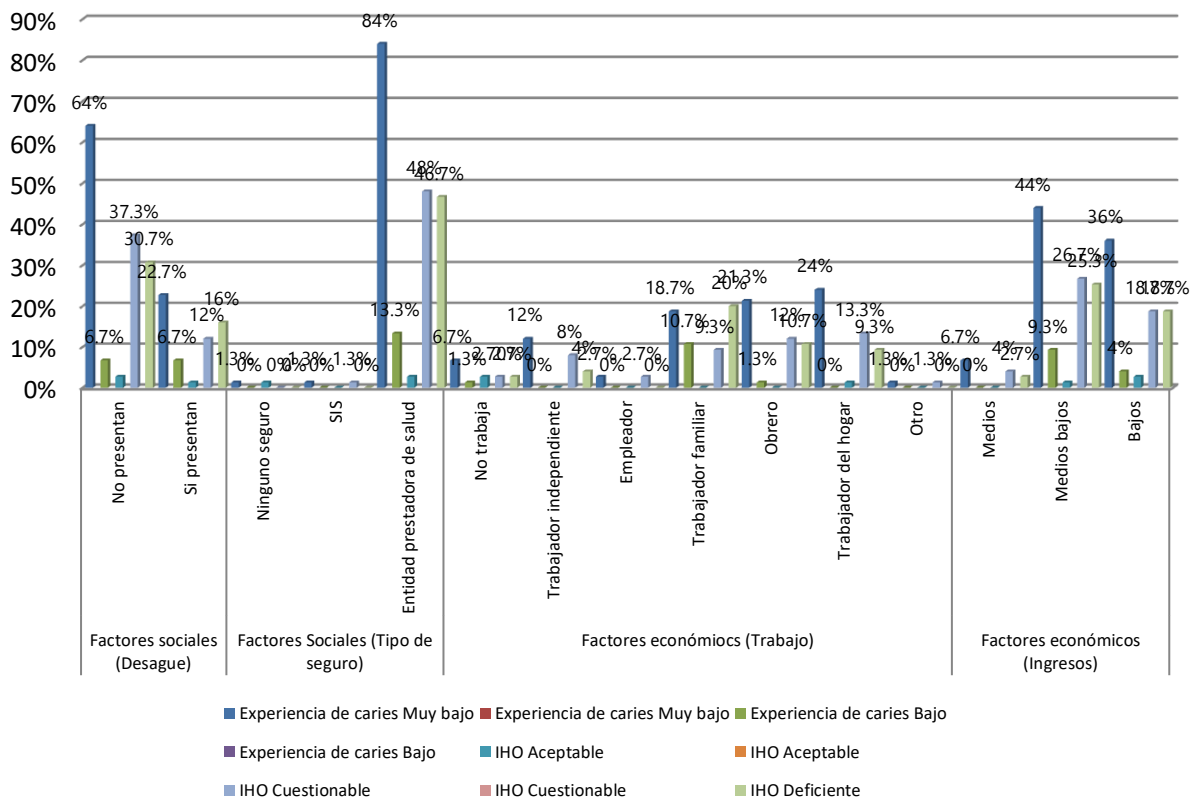


Figura N° 1

Asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

Tabla N° 2

Asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	Factores sociales (Desagüe)- Experiencia de caries	2.377	1	0.123
	Factores sociales (Desagüe)- IHO	0.885	2	0.642
	Factores Sociales (Tipo de seguro)-Experiencia de caries	0.316	2	0.854
	Factores Sociales (Tipo de seguro)-IHO	25.342	4	0.000
	Factores económicos (Trabajo)- Experiencia de caries	15.588	6	0.016
	Factores económicos (Trabajo)- IHO	23.418	12	0.024
	Factores económicos (Ingresos)- Experiencia de caries	1.659	2	0.436
	Factores económicos (Ingresos)-IHO	1.174	4	0.882

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente a la asociación entre factores sociales (desagüe) y experiencia de caries, se apreció que el valor de X^2 fue de 2.377 y el nivel de significancia fue $p > 0.05$, factores sociales (desagüe) e IHO, se apreció que el valor de X^2 fue de 0.885 y nivel de significancia fue $p > 0.05$; respecto factores sociales (tipo de seguro) y experiencia de caries, se apreció que el valor de X^2 fue de 0.316 y el nivel de significancia fue $p > 0.05$, factores sociales (tipo de seguro) e IHO, se apreció que el valor de X^2 fue de 25.342 y nivel de significancia fue $p < 0.05$; en referencia a factores económicos (trabajo) y experiencia de caries, se apreció que el valor de X^2 fue de 15.588 y el nivel de significancia fue $p < 0.05$, factores económicos (trabajo) e IHO, se apreció que el valor de X^2 fue de 23.418 y nivel de significancia fue $p < 0.05$; en referencia a factores económicos (ingresos) y experiencia de caries, se apreció que el valor de X^2 fue de 1.659 y el nivel de significancia fue $p > 0.05$, factores económicos (ingresos) e IHO, se apreció que el valor de X^2 fue de 1.174 y nivel de significancia fue $p > 0.05$.

Tabla N° 3

Factores socioeconómicos prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.

		Mujeres	Hombres		
Factores sociales (Desagüe)	No	Frecuencia	37	16	
		%	71.2%	69.6%	
	Si	Frecuencia	15	7	
		%	28.8%	30.4%	
	Ninguno	Frecuencia	1	0	
		%	1.9%	0%	
Factores sociales (Seguro)	SIS	Frecuencia	1	0	
		%	1.9%	0%	
	Entidad prestadora de servicio	Frecuencia	50	23	
		%	96.2%	100%	
	Factores económico (Trabajo)	No trabaja	Frecuencia	6	0
			%	11.5%	0%
Trabaja independiente		Frecuencia	7	2	
		%	13.5%	8.7%	
Empleador		Frecuencia	0	2	
		%	0%	8.7%	
Trabajador familiar		Frecuencia	16	6	
		%	30.8%	26.1%	
Obrero		Frecuencia	7	10	
		%	13.5%	43.5%	
Trabajador del hogar		Frecuencia	15	3	
		%	28.8%	13%	
Otro	Frecuencia	1	0		
	%	1.9%	0%		
Factores económico (Ingresos)	Medios	Frecuencia	2	3	
		%	3.8%	13%	
	Medios bajos	Frecuencia	24	16	
		%	46.2%	69.6%	
	Bajos	Frecuencia	26	4	
		%	50%	17.4%	

En la tabla N° 3 se apreció respecto a los factores sociales, que en mayoría las mujeres no presentaron desagüe en un 71.2% (N°=37) y los hombres no presentaron desagüe en un 69.6% (N°=16); en cuanto al seguro en mayoría las mujeres emplearon la entidad prestadora de servicio en un 96.2% (N°=50) y los

hombres presentaron entidad prestadora de servicio en un 100% (N°=23); respecto a los factores económicos, en cuanto al trabajo en mayoría las mujeres eran trabajadoras familiares en un 38.8% (N°=16) y los hombres no presentaron desagüe en un 69.6% (N°=16); en cuanto al seguro en mayoría las mujeres emplearon la entidad prestadora de servicio en un 96.2% (N°=50) y los hombres laboraban como obreros en un 43.5% (N°=10); en base a los ingresos en mayoría las mujeres presentaron ingresos bajos en un 50% (N°=26) y los hombres con ingresos medios bajos en un 69.6% (N°=16).

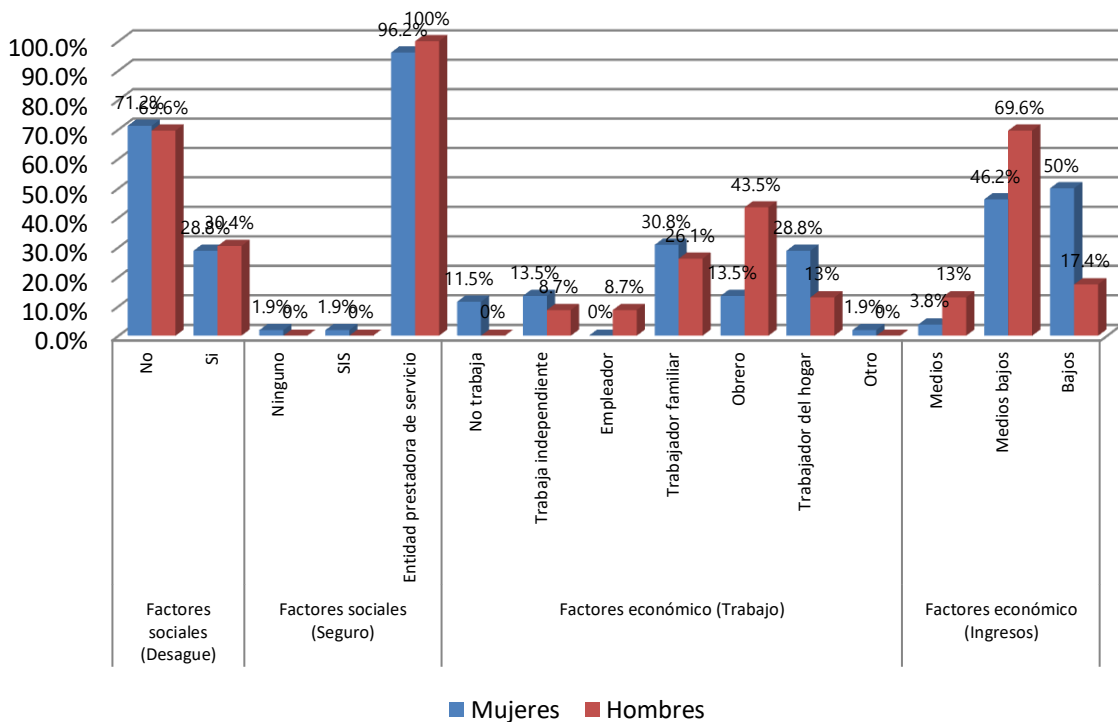


Figura N° 2

Factores socioeconómicos prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.

Tabla N° 4

Índice de higiene oral en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro
San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.

			Mujeres	Hombres
IHO	Aceptable	Frecuencia	1	2
		%	2.3%	6.5%
	Cuestionable	Frecuencia	21	16
		%	47.7%	51.6%
	Deficiente	Frecuencia	22	13
		%	50%	41.9%

En la tabla N° 4 se apreció respecto al Índice de higiene oral en mayoría las mujeres presentaron un índice deficiente en un 50% (N°=22) y los hombres presentaron un índice cuestionable en un 51.6% (N°=16).

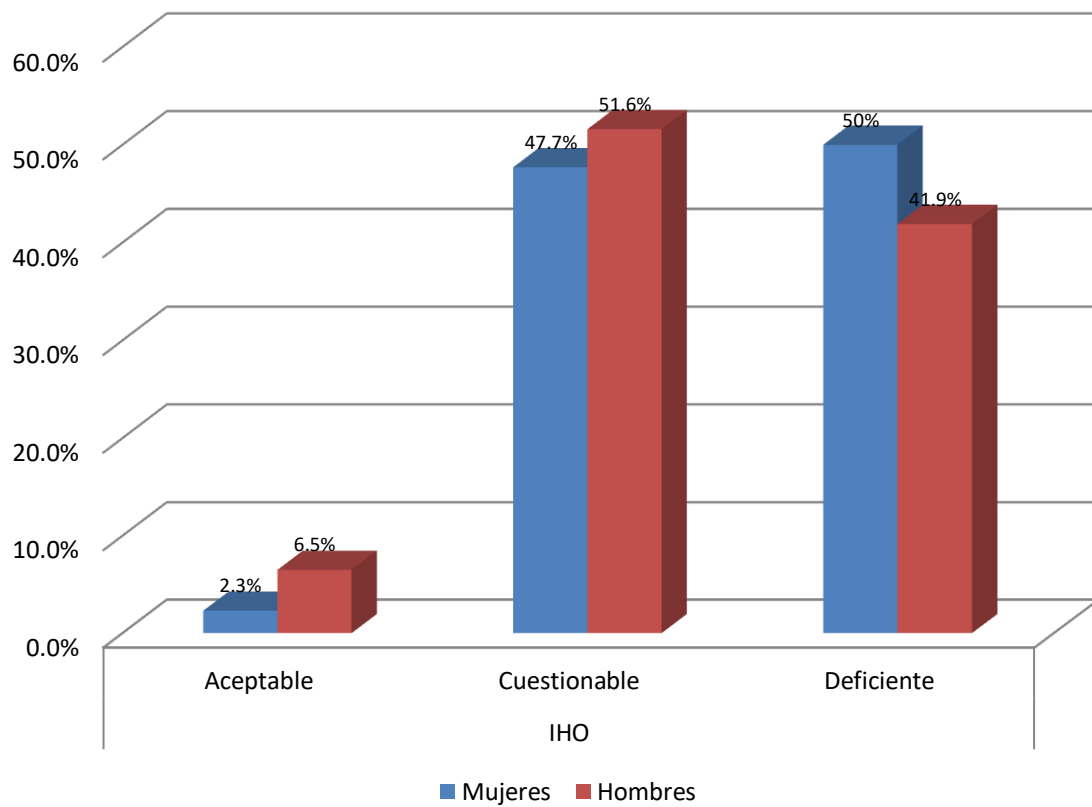


Figura N° 3

Índice de higiene oral en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.

Tabla N° 5

Frecuencia de experiencia de caries en niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.

		Mujeres	Hombres	
Experiencia de caries	Muy bajo	Frecuencia	40	25
		%	90.9%	80.6%
	Bajo	Frecuencia	4	6
		%	9.1%	19.4%

En la tabla N° 5 se observó respecto a experiencia de caries en mayoría las mujeres presentaron experiencia de caries muy baja en un 90.9% (N°=40) y los hombres una experiencia de caries muy baja en un 80.6% (N°=25).

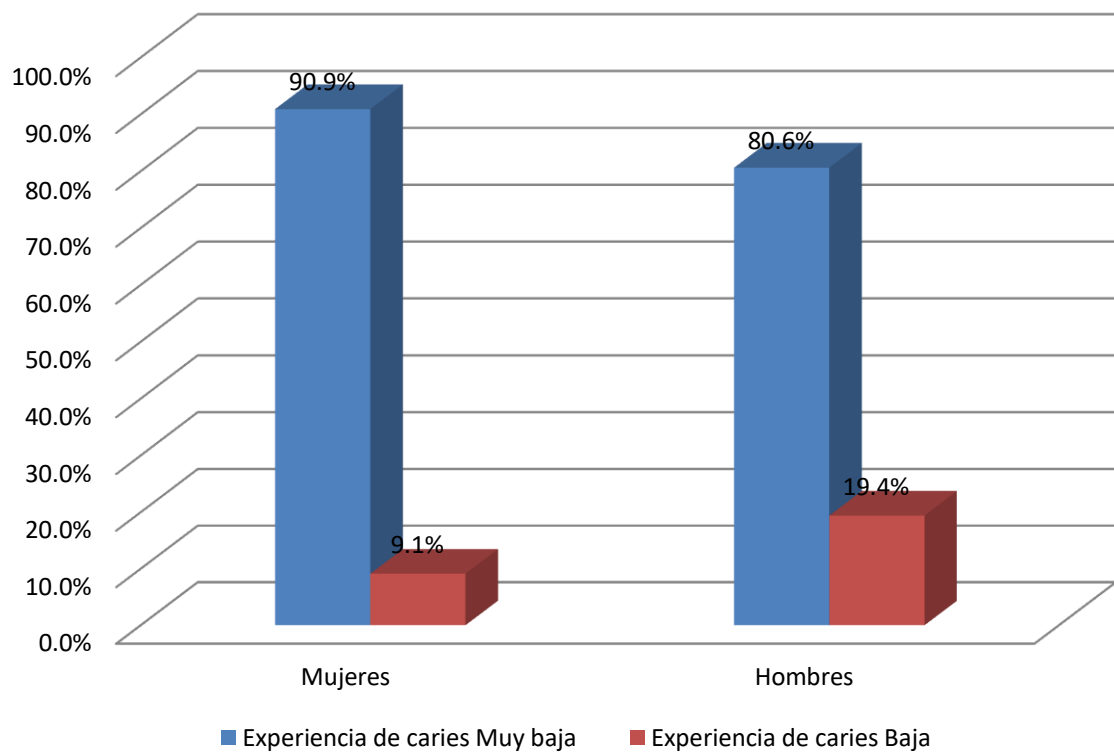


Figura N° 4

Frecuencia de experiencia de caries en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.

4.2 Contratación de Hipótesis General

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se realizó el ritual de significancia estadística, para el cual se respetó una secuencia ordenada de pasos:

Formulación de Hipótesis Estadística:

H₀: No existe asociación entre todos los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

H_a: Existe asociación entre todos los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó que no existe asociación entre todos los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	Factores sociales (Desagüe)- Experiencia de caries	2.377	1	0.123
	Factores sociales (Desagüe)- IHO	0.885	2	0.642
	Factores Sociales (Tipo de seguro)-Experiencia de caries	0.316	2	0.854
	Factores Sociales (Tipo de seguro)-IHO	25.342	4	0.000
	Factores económicos (Trabajo)- Experiencia de caries	15.588	6	0.016
	Factores económicos (Trabajo)- IHO	23.418	12	0.024
	Factores económicos (Ingresos)- Experiencia de caries	1.659	2	0.436
	Factores económicos (Ingresos)-IHO	1.174	4	0.882

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que, el resultado de la prueba de Chi cuadrado fue utilizado para las variables cualitativas, se observó la asociación entre los factores sociales (desagüe) y la experiencia de caries, el valor del Chi cuadrado fue de 2.377 menor al Chi cuadrado crítico de la tabla 3.8415, con 1° grado de libertad y el P-Valor = 0.123 ($p > 0.05$), entonces se infiere que no existe asociación de factores sociales (desagüe) y la experiencia de caries; respecto a la asociación entre los factores sociales (desagüe) e IHO el valor del Chi cuadrado fue de 0.885 menor al Chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2° grado de libertad y el P-Valor = 0.642 ($p > 0.05$), entonces se infiere que no existe asociación de factores sociales (desagüe) y el IHO; referente a asociación entre factores sociales (tipo de seguro) y la experiencia de caries, el valor del Chi cuadrado fue de 0.316 menor al Chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2° grado de libertad y el P-Valor = 0.854 ($p > 0.05$), entonces se infiere que no existe asociación de factores sociales (tipo de seguro) y la experiencia de caries; respecto a la asociación entre los factores sociales (tipo de seguro) e IHO el valor del Chi cuadrado fue 25.342 mayor al Chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4° grado de libertad y el P-Valor = 0.000 ($p < 0.05$), entonces se infiere que existe asociación de factores sociales (tipo de seguro) y el IHO; referente a asociación entre factores económicos (trabajo) y la experiencia de caries el valor del Chi cuadrado fue de 15.588 mayor al Chi cuadrado crítico de la

tabla 12.5916, con 6° grado de libertad y el P-Valor = 0.016 ($p < 0.05$), entonces se infiere que existe asociación de factores económicos (trabajo) y experiencia de caries; respecto a la asociación entre los factores económicos (trabajo) e IHO el valor del Chi cuadrado fue de 23.418 mayor al Chi cuadrado crítico de la tabla 21.0261, con 12° grado de libertad y el P-Valor = 0.024 ($p < 0.05$), entonces se infiere que existe asociación factores económicos (trabajo) y el IHO; en cuanto a la asociación entre factores económicos (ingresos) y la experiencia de caries el valor del Chi cuadrado fue de 1.659 menor al Chi cuadrado crítico de la tabla 5,9915, con 2° grado de libertad y el P-Valor = 0.436 ($p > 0.05$), entonces se infiere que no existe asociación factores económicos (ingreso) y experiencia de caries; respecto a la asociación entre los factores económicos (ingresos) e IHO el valor del Chi cuadrado fue de 1.174 menor al Chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4° grado de libertad y el P-Valor = 0.882 ($p > 0.05$), entonces se infiere que existe asociación factores económicos (ingresos) y el IHO. Por los resultados obtenidos se aceptó la hipótesis nula, es decir, **no existe asociación entre todos los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.**

4.3 Discusión de Resultados

En cuanto a determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019, se observó en los resultados respecto a los factores sociales, que la mayoría no presentaron desagüe y tuvieron experiencia de caries muy baja con 48 muestras; no presentaron desagüe e IHO cuestionable en con un número de 28; tienen seguro en entidad prestadora de salud y experiencia de caries muy baja en un número de 63; presentaron seguro en entidad prestadora de salud e IHO cuestionable en un número de 36; respecto a factores económicos, en mayoría se registraron como trabajadores del hogar con una experiencia de caries muy baja en un número de 18; trabajadores del hogar e IHO cuestionable en un número de 10; presentaron ingresos económicos medios bajos con experiencia de caries muy baja en un número de 44; presentaron ingresos económicos medios bajos y un IHO cuestionable con un número de 20. El estudio demostró que no existe asociación entre todos los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.

En cuanto a determinar, cuáles son los factores socioeconómicos prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo. Se apreció respecto a los factores sociales, que en mayoría de mujeres no presentaron desagüe con un número de 37 y los hombres no presentaron desagüe con un número de 16; en cuanto al seguro la mayoría de las mujeres emplearon la entidad prestadora de servicio con un número de 50 y los hombres presentaron una entidad prestadora de servicio con un número de 23; respecto a los factores económicos relacionado al trabajo, la mayoría de las mujeres eran trabajadoras familiares con un número de 16 y en cuanto a los hombres no presentaron desagüe con un número de 16; en cuanto al seguro la mayoría de las mujeres emplearon la entidad prestadora de

servicio con un número de 50 y los hombres que laboraron como obreros fueron un número de 10; en base a los ingresos la mayoría de las mujeres presentaron ingresos bajos con un número de 26 y los hombres ingresos medios bajos con un número de 16.

En cuanto a determinar cuál es el índice de higiene oral en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo, se apreció en las mujeres el índice de higiene oral deficiente con un número de 22 y los hombres un índice cuestionable con un número de 16.

En cuanto a determinar cuál es la frecuencia de experiencia de caries en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo, se observó respecto a experiencia de caries, en mayoría las mujeres presentaron experiencia de caries muy baja con un número de 40 y los hombres una experiencia de caries muy baja con un número de 25.

La investigación de Khalil N, Lavinia S, Aedh A. en Arabia Saudita realizó en el año 2015 reveló que hubo evidencia de una relación inversa entre el nivel educativo y la experiencia de caries, ya que los padres con un alto nivel educativo obtuvieron un estado significativamente mejor de salud bucal entre sus niños que aquellos que tenían un bajo nivel educativo ($P < 0.05$) respectivamente. Mientras que por otro lado no se observó diferencia significativa entre las familias que informaron de sus ingresos familiares insuficientes en comparación con los ingresos familiares suficientes o moderados. Se concluyó que la experiencia de caries dental en niños fue fuertemente correlacionada con el nivel de los padres en su educación de éstos. Se encontró que la asociación fue significativa ($P < 0.05$).²⁷

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La presente investigación brinda información importante en el área de estomatología, en relación con el tema y objetivos planteados, se concluye que no existe asociación entre todos los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños.

Conclusiones específicas

Se concluye teniendo en cuenta determinar las características socioeconómicas prevalentes según Factores sociales y sexo que los hombres que contaron con un seguro en la entidad prestadoras de servicio fue de 100% frente a las mujeres que fue de 96.2%; según Factores Económicos y según sexo que las mujeres tienen ingresos bajos en un 50% frente a los hombres con un 17.4%, observando una diferencia significativa.

Se concluye teniendo en cuenta determinar el índice de higiene oral en los niños según sexo la higiene oral fue deficiente en las mujeres en un 50% frente a los hombres que fue de 41.9%, en porcentaje levemente similar.

Se concluye teniendo en cuenta determinar el índice de caries en los niños según sexo la experiencia de caries muy bajo fue de 90.9% en las mujeres frente a los hombres con un 80.6%, presentando una ligera diferencia en porcentaje.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda que se desarrollen más estudios respecto a considerar nuevos factores socioeconómicos para determinar un nuevo factor y se enfoque sobre el mismo para reducir la incidencia de caries dental en los niños.

- Se recomienda que se utilicen la misma cantidad de niños y niñas con edades similares para que los resultados sean menos dispersos.
- Se recomienda enfocar en la salud bucal de las niñas por ser el sexo más afectado según las tablas estadísticas.
- Se recomienda que se enfoque en el sexo de mujeres por ser la mayoría en afección de experiencia de caries dental según las tablas obtenidas en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera M, Lucas S, Medina C, Maupomé G, Márquez M, Islas H, et al. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: factores asociados a la frecuencia de cepillado dental en escolares nicaragüenses. *Rev Invest Clin.* 2009; 61(6):489-96.
2. Medina C, Villalobos J, Márquez M, Vallejos A, Portillo C, Casanova A. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares. *Rev Cad Saúde Públ de Rio de Jan.* 2009; 25(12):2621-31.
3. Sanabria C, Suárez M, Estrada J. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Rev Gerenc Polít Salud.* 2015; 14(28):161-89.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet] 2019 [citado 20 Jul de 2019]. Disponible en: URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_ninez.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet] 2017 [citado 20 Jul 2019]. Disponible en: URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1537/libro.pdf
6. Villareal L. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de atención residencial geronto geriátrico “ignacia rodolfo vda. de canevaro año 2011” [tesis de grado]. Lima (PER): Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
7. California Dental Association Salud Bucal [internet] 2014 [citado 20 Ago 2019]. Disponible en: URL: https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/oral_health_spanish.pdf
8. OMS [internet] 2019 [citado 20 Jul 2019]. Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

9. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. 3 ed. Perú: MINSA; 2014.
10. Bosh R, Rubio M, García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9 -10 años. Rev Odontoestomatol. 2012; 28(1):17-23.
11. Alcocer A. Manual de higiene bucal. España: Editorial Médica Panamericana; 2009.
12. Cuenca, E. y Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 4 ed. España: Elsevier Masson; 2013.
13. Rodríguez A, León M, Arada A, Martínez M. Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. Rev Cien Méd. 2013; 17(5):51-63.
14. Yero I. Rodríguez M, Rivadeneira A, Barrios L. Conocimiento sobre salud bucal – dental de las embarazadas. Cons Gac Méd Espirit. 2013; 15(1):1-7.
15. Vitoria M. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Prim. 2011; 13(51):435-58.
16. Poveda J. Higiene oral y problemas bucodentales de los niños de la escuela dr. edmundo carbo de jipijapa [tesis para optar el título de odontólogo]. Manabí (ECU): Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2011.
17. De los Santos M. Manual de técnicas de higiene oral universidad veracruzana [tesis doctoral]. México: Universidad Veracruzana; 2011.
18. Alegría A. Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la clínica pediátrica de la universidad alas peruanas utilizando los criterios de icdas ii” [tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Alas Peruanas; 2010.
19. Limaylla R, Chein S. Factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries en escolares adolescentes. Odontol Sanmarquina. 2009; 12(2):57-61.

20. Carrasco M. Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. *Rev Kiru*. 2009; 6(2):78-83.
21. Mattos M. Factores socioeconómicos y de comportamiento relacionados con caries dental en escolares del distrito de la molina, lima, Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2010; 20(1):25-32.
22. Díaz S, Arrieta K, González F. Factores familiares asociados a la presencia de caries dental en niños escolares de cartagena, Colombia. *Rev Clín Med Fam*. 2011; 4(2):100-4.
23. Mafuvadze BT, Mahachi L, Mafuvadze B. Dental caries and oral health practice among 12 year old school children from low socio-economic status background in zimbabwe. *Rev. Pan African Medical Jour*. 2013; 14,(164):1-6.
24. Saldūnaitė K, Bendoraitienė E, Slabšinskienė E, Asiliauskienė I, Andruškevičienė V, Zūbienė J. Los papeles de los padres educación y socioeconómico estado en prevención de caries dental entre niños lituanos *Rev Med*. 2014; (4):156 – 61.
25. Mayor F, Cid M, Pérez J, Martínez J, I Martínez I, Moure M. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. *Rev Méd Electrón*. 2014; 36(3):1-11.
26. Çolakoğlu N, Has E. La evaluación de los efectos de los factores sociodemográficos en salud oral y dental: un estudio sobre las edades 6-12. *Soc and Behav Scie*. 2015; 195(1):1278–87.
27. Khalil N, Lavinia S, Aedh A. Influencia del estado socioeconómico en la salud dental entre niños de primaria en najran; *ksa journal of dental. Medical Scie*. 2015; 14(8):54-7.
28. Dho MS. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. *Avanc Odontoest*. 2015; 31(2),67-76.

29. Sanabria D, Ferreira M, Pérez N, Díaz C, Torres D, Cubilla M, et al. Caries dental en menores en situación de pobreza, asistidos por una fundación en paraguay. *Rev Estomatol Herediana*. 2016; 26(2):70-7.
30. García L, Bergonzoli G. Determinantes sociales relacionados con el acceso a servicios de salud por parte de niños menores de 6 años de una red de salud pública de santiago de cali: análisis multinivel. *Rev Fac Odont Univ Antioquia*. 2017; 29(65):65-75.
31. Orozco M. Relación de la caries dental en el nivel socioeconómico y la dieta en niños de una escuela particular vs una escuela fiscal [tesis para optar el título de odontóloga]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2017.
32. Rouxel P, Chandola T. Desigualdades socioeconómicas y étnicas en salud bucal entre niños y adolescentes que viven en inglaterra, gales e irlanda del norte. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018; 46:426–34.
33. Ochoa P. Prevalencia de caries dental y su relación con el factor socioeconómico y cultural en niños de 4 a 5 años de edad de escuela "fe y alegría" de la ciudad de ambato, provincia de tungurahua [tesis para optar el título de odontóloga]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017.
34. Chaffee B, Vítolo M, Rodrigues P, Kramer P, Feldens C. Oral health-related quality of life measures: variation by socioeconomic status and caries experience community. *Dent Oral Epidemiol*. 2017; 45(3):216–24.
35. Ahuja N, Ahuja N. Influence of socioeconomic status and home environmental factors on oral health-related quality of life among school children in north bengaluru, india: a cross-sectional study. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2017; 15:220-4.
36. Corchuelo J, Soto L. Prevalencia de caries en preescolares de hogares comunitarios en el valle del cauca y factores sociales relacionados. *Rev Odont Mexicana*. 2017; 21(4):229-34.

37. Peña Y. Impacto de los factores sociodemográficos familiares sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de tres a cinco años de instituciones educativas estatales del distrito de pachacámac, 2017 [tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Norbert Wiener; 2018.
38. Mediavilla F. Determinación del índice de higiene oral simplificado en niños y niñas de 6 a 12 años de edad de la fundación remar - quito, en el mes de julio del año 2011 [tesis para optar el título de odontólogo]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2011.
39. Mera L. Índice de higiene oral simplificado comparativo entre niños y niñas de 6 a 12 años de edad, de la escuela fiscal "himmelman" y la unidad educativa particular "héroes del cenepa" del cantón cayambe de la provincia de pichincha, en el período 2010-2011 [tesis para optar el grado de odontólogo]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2011.
40. Moses A. Caries dental asociado al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de atevitarte en el año 2013.- lima [tesis de optar el título de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad de Ciencias Aplicadas; 2014.
41. Avila B. Índice de ceo y necesidad de tratamiento en preescolares de tres estratos sociales de Oaxaca España [tesis de optar el título de cirujano dentista]. España: Universidad de Granada España; 2013.

ANEXOS



Anexo N° 01
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

N°:.....

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y LA SALUD
BUCAL EN LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
MONTENEGRO SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA 2019
CUESTIONARIO PARA ACOMPAÑANTES DE LOS NIÑOS**

Los resultados que brinde la presente encuesta serán utilizados como base de datos en un trabajo de tesis titulado “Asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el centro de salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019”, para ello contamos con sus respuestas objetivas y responsables, para obtener los datos correctos. Los datos personales serán salvaguardados de manera anónima para su protección. Gracias.

1. Fecha de Evaluación:

2. Datos Generales del niño niña

GÉNERO DEL NIÑO	
MUJER	
HOMBRE	

EDAD DEL NIÑO O NIÑA	
5 AÑOS	
6 AÑOS	
7 AÑOS	
8 AÑOS	

3. Datos generales del responsable

GÉNERO DEL FAMILIAR	
MUJER	
HOMBRE	

GRADO DE INSTRUCCIÓN	
NINGUNA	
HASTA PRIMARIA	
SECUNDARIA	
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	
SUPERIOR UNIVERSITARIA	
POSTGRADO	

EDAD DEL FAMILIAR DEL NIÑO O NIÑA	
18-27 AÑOS	
28-38 AÑOS	
38-47 AÑOS	
48-57 AÑOS	
58-67 AÑOS	
68 A MÁS AÑOS	

4. Factor Social

SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA	
NO CUENTA	
ELECTRICIDAD	
AGUA POTABLE	
DESAGUE	

TIPO DE SEGURO DE SALUD	
NINGUNO	
ESSALUD	
SEGURO PRIVADO	
SIS	
ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	
FUERZAS ARMADAS	
OTRAS	

5. Factor Económico

TRABAJO	
NO TRABAJA	
TRABAJO INDEPENDIENTE	
EMPLEADOR	
TRABAJADOR FAMILIAR	
OBRERO	
TRABAJADOR DEL HOGAR	
OTRO	

ESTRATO	RANGO DE INGRESOS		
ALTO	S/2,192.20	A MÁS	
MEDIO ALTO	S/1,330.10	S/2,192.19	
MEDIO	S/899.00	S/1,330.09	
MEDIO BAJO	S/575.70	S/898.99	
BAJO	HASTA	S/575.69	



Anexo N° 02
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

N°:.....

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
FICHA CLÍNICA

1. Experiencia de caries

Índice Cpod C: Cariados P: Perdidos O: Obturados D: Diente

Cpod= c + p + o+ d =

Total Cpod= / total de dientes examinados=

Cuantificación de la OMS para el índice COPD			
0,0 a	1,1	:	muy bajo
1,2 a	2,6	:	bajo
2,7 a	4,4	:	moderado
4,5 a	6,5	:	alto

ODONTOGRAMA

ESPECIFICACIONES: _____



Anexo N° 04
UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

N°:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento, expreso mi voluntad de participar en la investigación “Asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019”.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza de que la información recogida será tratada con absoluta confidencialidad y exclusivamente para fines de la investigación en mención.

Firma del paciente:

DNI :

ANEXO N°06
MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p style="text-align: center;">PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019?</p> <p style="text-align: center;">PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuáles son las características socioeconómicas prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo?</p> <p>2. ¿Cuál es el índice de higiene oral en los niños atendidos en el</p>	<p style="text-align: center;">OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Determinar las características socioeconómicas prevalentes en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.</p> <p>2. Determinar el índice de higiene oral en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESIS PRINCIPAL</p> <p>No existe asociación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.</p>	<p style="text-align: center;">VARIABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Variable Independiente Factores Socioeconómicos ▪ Variable dependiente Salud bucal de los niños <p style="text-align: center;">INDICADORES</p> <p>Son las respuestas a los ítems del instrumento de recolección de datos</p> <p style="text-align: center;">Los indicadores para la variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores sociales • Factores económicos 	<p>1. Diseño de la investigación: Descriptivo.</p> <p>2. Tipo de investigación: Prospectivo.</p> <p>3. Corte del estudio: Transversal y observacional.</p> <p>4. Enfoque: Cuantitativo.</p> <p style="text-align: center;">Población y Muestra</p> <p>Población: La población estuvo conformada por 300 niños de</p>

<p>Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo?</p> <p>3. ¿Cuál es el índice de caries en los niños atendidos en el Centro de salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo?</p>	<p>Lurigancho, Lima 2019 según sexo.</p> <p>3. Determinar el índice de caries en los niños atendidos en el Centro de Salud Montenegro del distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2019 según sexo.</p>		<p>Los indicadores para la Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de higiene oral • Índice de caries dental 	<p>5 a 8 años que asistieron a sus controles en el Centro de Salud Montenegro San Juan de Lurigancho, Lima 2019.</p> <p>Muestra:</p> <p>Para la toma de la información se utilizó una muestra simple al azar, cuyos integrantes se seleccionaron con el uso de la tabla de números aleatorios, para obtener el tamaño adecuado la fórmula pertinente la cual arrojó un total de 107 unidades.</p>
--	---	--	--	--

ANEXO N°7

JUICIO DE EXPERTOS



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del informante Jorge Bouroncle Sacin
 1.2 Cargo e institución donde labora Docente - CONTRATADO UTGV
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación Calificación de instrumento para Tesis.
 1.4 Autor del instrumento Moroti Sleaitara Irene Estefany.

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
		01-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. Organización	Presentación ordenada.					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables/ indicadores					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marca con un aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha Lima, 27/06/19.

Firma del experto informante

Jorge Bouroncle Sacin
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 15413

DNI N° 07632720 Teléfono 997891247

Maestría en Estomatología



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del informante CUBA Gonzales, Eric
- 1.2 Cargo e institución donde labora Docente - CONTRATADO UIV.
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación Calificación de los Trámites para Tránsito
- 1.4 Autor del instrumento Morales Acóntara Irene Estefany

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
		01-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				X	
4. Organización	Presentación ordenada.					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				X	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables/ indicadores					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marca con un aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha Lima, 28/06/19

Firma del experto Informante

Mg. Esp. ERIC CUBA GONZALES
CIRUJANO - DENTISTA
COP. 14788

DNI N° 10.2.85201 / Teléfono 997427860

Maestría en Gerencia de servicios de Salud.



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

(Juicio de Expertos)

Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del informante Gonzalez SAavedra Antonia Estrella
- 1.2 Cargo e institución donde labora Docente - Contratado - UJGV
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación Calificación de Instrumento para tesis
- 1.4 Autor del instrumento Morele Alcántara Irene Estefany

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
		01-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada.					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marca con un aspa

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha Lima, 26/10/19

Firma del experto informante

Exp. CD. Elena Gonzalez Saavedra
Odontóloga y Ortodonta Maxilar

COP. 9832 RNE. 2035

DNI N° 07910648 Teléfono 997005163

Maestría en Estomatología

ANEXO N°8
FOTOGRAFÍAS







